



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA.

**EFFECTO DE UN PROGRAMA PILOTO DE
SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO SOBRE
LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE
PACIENTES HIPERTENSOS.**

FARMACIA YUGOSLAVIA, DISTRITO NUEVO CHIMBOTE - ANCASH.

ABRIL - JULIO 2014

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
QUÍMICO FARMACÉUTICO

AUTOR: Bach. Karla Denisse Medina Arnáiz

ASESOR: Dr. Farm. Percy Alberto Ocampo Rujel

CHIMBOTE - PERÚ

- 2017 -

1. Título

EFFECTO DE UN PROGRAMA PILOTO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS. FARMACIA YUGOSLAVIA, DISTRITO NUEVO CHIMBOTE - ANCASH. ABRIL - JULIO 2014

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Dr. Q.F. Jorge Luis Díaz Ortega

Presidente

Mgtr. Q.F. Teodoro Walter Ramírez Romero

Secretario

Mgtr. Q.F. Edison Vásquez Corales

Miembro

2. Agradecimiento.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento:

A los pacientes por su comprensión y porque colaboraron al momento de realizarle su Seguimiento Farmacoterapéutico.

Al Dr. Farm. Percy Alberto Ocampo Rujel que me enseñó y guió durante mi formación tanto profesional como humanística.

Y también por asesorarme en la culminación de mi tesis.

3. Dedicatoria.

A mi creador por darme fortaleza para seguir adelante y lograr mis metas personales, por ponerme en el camino personas que fueron guías y pilares en todo el transcurso de mi vida universitaria.

A mis padres Alberto e Iliana, que son el motor de mi vida y los artífices de mis logros, porque me dieron su apoyo incondicional, me guiaron con valores y buenos consejos, haciendo de mí una buena persona.

A mis hermanos Luis, Khadine y Franco porque siempre me brindaron su apoyo y a Hans que día a día se encuentra a mi lado en los momentos buenos y también en los más difíciles, haciéndome saber que cuando uno desea lograr algo en la vida hay que luchar hasta conseguirlo, pero siempre manteniendo la humildad.

4. Resumen y Palabras clave.

4.1 Resumen.

La investigación tuvo como objetivos determinar el impacto de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico dirigido a pacientes hipertensos en términos de la detección y resolución de PRMs, su efecto sobre la adherencia y sobre las presiones arteriales.

Se captaron 12 pacientes con diagnóstico de hipertensión. En el primer contacto en la farmacia se levantó información mediante una ficha de seguimiento farmacoterapéutica. Cada paciente fue evaluado con el fin de diagnosticar y tratar cada PRM encontrado de manera particular. Posteriormente se siguió al paciente mediante visitas y llamadas telefónicas para reforzar el cumplimiento de las indicaciones.

Se solucionaron 7 PRMs (100 %) La adherencia comparada antes – después de la intervención indicaría un impacto significativo/no significativo del SFT. Así mismo el efecto sobre los valores de presión arteriales sistólicas fue significativo/no significativo y sobre las diastólicas fue significativo/no significativo.

Se concluye que el programa es eficiente en el diagnóstico de PRMs y en la prevención de RNMs. Es significativo/ no significativo en mejorar la adherencia y efectivo/no efectivo en el control de las presiones arteriales sistólicas, efectivo/no efectivo en el control de las presiones arteriales diastólicas y efectivo/no efectivo en el control de las presiones diferenciales.

Palabras clave: Seguimiento Fármaco terapéutico (SFT), Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), Resultados negativos de la Medicación (RNM), Hipertensión Arterial (HTA).

5. Abstract and Keywords.

5.1 Abstract.

The research aimed to determine the impact of a pilot program aimed at Pharmacotherapy follow hypertensive patients in terms of the detection and resolution of DRPs, its effect on adherence and blood pressures.

12 patients diagnosed with hypertension were collected. In the first contact at the pharmacy information it rose by a record of pharmacotherapeutic monitoring. Each patient was evaluated in order to diagnose and treat each PRM found a particular way. Later the patient will be followed by visits and phone calls to strengthen compliance with the indications calls.

After intervention indicate a significant / no significant impact SFT - 7 DRPs (100%) compared Adherence previously solved. Also the effect on systolic blood pressure values was significant / non significant and diastolic was significant / non significant.

It is concluded that the program is effective in diagnosing and preventing DRPs of MRIs. It is significant / non-significant in improving adhesion and effective / non-effective in controlling systolic blood pressures, effective / non-effective in controlling the diastolic blood pressures and effective / ineffective in controlling differential pressures.

Keywords: Pharmacotherapy Follow-up (PTF), Drug related problems (DRP), Negative outcomes associated with medications (NOAM), Urinary Tract Infection not complicated.

INDICE

AGRADECIMIENTO.....	III
DEDICATORIA.....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	2
1.2. Objetivos de la Investigación.....	2
1.2.1. Objetivo General.....	2
1.2.2. Objetivos Específicos.....	3
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	3
2.1. Antecedentes.....	3
2.1.1. Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico.....	3
2.1.2. Evolución del Seguimiento Farmacoterapéutico en el Perú.....	5
2.2. Marco Teórico.....	6
2.2.1. Problemas Relacionados con el uso de Medicamentos (PRMs) y Resultados Negativos de la Medicación (RNM).....	6
2.2.2. Diagnóstico de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).....	11
2.2.3. La atención farmacéutica y el seguimiento farmacoterapéutico: contribución del farmacéutico al mantenimiento de la salud pública.....	16
2.2.4. Satisfacción Del Paciente por el Servicio.....	24
2.2.5. Hipertensión Arterial.....	24
2.2.6. Farmacia Yugoslavia.....	26

III. HIPÓTESIS.....	27
IV. METODOLOGÍA.....	27
4.1. Diseño de Investigación.....	27
4.1.1. Tipo y el Nivel de la Investigación.....	27
4.1.2. Diseño de la Investigación.....	27
4.2. Población y Muestra.....	28
4.3. Definición y Operacionalización de las Variables.....	29
4.3.1. Seguimiento Farmacoterapéutico.....	29
4.3.2. Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).....	29
4.3.3. Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM).....	30
4.4. Técnicas e Instrumentos.....	30
4.4.1. Técnica.....	30
4.4.2. Instrumentos.....	30
4.4.2.1. Fichas Farmacoterapéuticas (FFT).....	30
4.4.2.2. Instrumento para Medir la Adherencia al Tratamiento.....	31
4.4.3. Procedimiento de Recolección de Datos.....	32
4.4.3.1. Procedimiento para Oferta del Servicio y Captación de los pacientes.....	32
4.4.3.2. Levantamiento de Información.....	32
4.4.3.3. Fase de Estudio y Evaluación de la Información.....	32
4.4.3.4. Fase de la Intervención y Seguimiento Farmacoterapéutico.....	35
4.4.3.5. Evaluación del Impacto de la Intervención.....	36
4.5. Plan de Análisis de Datos.....	36
4.6. Criterios Éticos.....	38
V. RESULTADOS.....	40
5.1. Resultados.....	40

5.1.1. Datos Generales Sobre los Pacientes y los Tiempos de Intervención.....	40
5.1.2. Resultados sobre los Diagnósticos Identificados y los Medicamentos Utilizados por los Pacientes Durante el Proceso de SFT.....	41
5.1.3. Impacto de la Intervención Sobre la Adherencia.....	43
5.2. Análisis de Resultados.....	45
5.2.1. Sobre los Pacientes y los Tiempos de Intervención.....	45
5.2.2. Sobre los Diagnósticos Identificados y los Medicamentos Utilizados por los Pacientes Durante el Proceso de SFT.....	47
5.3. Impacto de la Intervención Sobre la Adherencia.....	49
VII. CONCLUSIONES Y ASPECTOS COMPLEMENTARIOS.....	52
7.1. Conclusiones.....	52
7.2. Aspectos Complementarios.....	52
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
IX. ANEXOS.....	70

6. Índice de Cuadros, Figuras, Tablas y Gráficos.

6.1. Índice de cuadros.		
		Pág. N°
Cuadro N°03.	Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).....	8
Cuadro N°04.	Clasificación de los Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM). Tercer consenso de Granada. 2007. (Clasificación que le correspondía a los PRMs hasta el segundo consenso de Granada).....	9
Cuadro N°05.	Actividades de Atención Farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario.....	18
Cuadro N°06.	Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia.....	23
Cuadro N°07.	Valores referenciales de presión arterial.....	25
Cuadro N°08.	Escala de Adherencia a la medicación (MAS) de Morisky – Green – Levine.	31
Cuadro N°09.	Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de PRMs.....	35
Cuadro N°10.	Valoración de los resultados de Adherencia terapéutica según el test de Morisky – Green – Levine.....	38

6.2. Índice de Figuras		
Figura N°01.	Flujograma de la Etapa de estudio y evaluación. Tomado de comité de consenso.....	13
Figura N°02.	Pasos clave del Método DADER modificado de Seguimiento Farmacoterapéutico.....	21
Figura N°03.	Esquema del Modelo de Intervención Farmacéutica.....	27
Figura N°04.	Flujograma de Actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico.....	33
Figura N°05.	ANEXO N° 9.12 Figura N°05. Frontis del Centro de Salud Yugoslavia.....	91
Figura N°06.	ANEXO N° 912 Figura N°06 Ejemplo de paciente en la firma de la hoja de consentimiento informado.....	91
Figura N°07.	ANEXO N° 912 Figura N°07 Ejemplo del paciente en control de sus signos vitales y levantamiento de la información.....	92
Figura N°08.	ANEXO N° 912 Figura N°08 Revisión, Limpieza de Medicamentos.	92
Figura N°09.	ANEXO N° 912 Figura N°09 Ejemplo de Ordenamiento y Conservación de los Medicamentos en el Botiquín.....	93

6.3.Índice de Tablas

Tabla N°01.	Género y edad promedio de los pacientes que participaron en el piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico. Farmacia Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2014.	40
Tabla N°02.	Tiempos de intervención y lugares de contacto durante el Seguimiento Farmacoterapéutico. Farmacia Yugoslavia, Nuevo Chimbote. Abril - Julio 2014.	40
Tabla N°03.	Problemas de Salud de los pacientes hipertensos intervenidos mediante Seguimiento Farmacoterapéutico. Farmacia Yugoslavia, Nuevo Chimbote. Abril - Julio 2014.	41
Tabla N°04.	Medicamentos prescritos y no prescritos según su origen durante el proceso de intervención. Farmacia Yugoslavia, Nuevo Chimbote. Abril - Julio 2014.	42
Tabla N°05.	Efecto del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos. Farmacia Yugoslavia, Nuevo Chimbote Julio	43
Tabla N°06.	Efecto de la intervención mediante Seguimiento Farmacoterapéutico sobre cada una de las actitudes que reflejan las preguntas del Test de Morisky. Farmacia Yugoslavia, Nuevo Chimbote Julio 2014.	44

6.4.Índice de Gráficos

Gráfico N°01.	Medicamentos usados para los problemas de salud identificados en pacientes hipertensos. Farmacia Yugoslavia, Chimbote. Abril - Julio 2014	43
Gráfico N°02	Variación de los puntajes obtenidos según Test de Morisky antes y después de la intervención mediante Seguimiento Farmacoterapéutico. Farmacia Yugoslavia Nuevo Chimbote Julio 2014.	44

I. INTRODUCCIÓN

Según FAUS, M.J., Hepler, Strand¹⁻³. “Los medicamentos, sobre todo a partir del problema con la talidomida a comienzos de los años sesenta, deben cumplir requerimientos muy estrictos de seguridad y eficacia para aprobar su uso. Sin embargo hoy se sabe que a pesar de todos los estudios y fases previas de control, la utilización masiva por parte de la población de estos medicamentos, lleva en muchas ocasiones a la aparición de efectos colaterales negativos. Hasta tal punto que este uso incorrecto ocasiona pérdida de vidas humanas, daños a la salud y desperdicio de enormes cantidades de dinero”.

Según Hepler, et al²., Frank, et al⁴., PJ McDonnell et al⁵., Manasse⁶., Johson et al⁷. “La mala utilización de medicamentos es en la actualidad un problema sanitario de enorme magnitud. Varios autores presentan evidencia exhaustiva acerca de la morbimortalidad y el impacto en los sistemas sanitarios por efecto del uso inapropiado de medicamentos”.

Según Ormeño et al⁸. “Los resultados y conclusiones foráneos acerca de esta realidad que se origina en el consumo de medicamentos son posibles gracias a sistemas de control y monitorización de los sistemas de salud, tecnología apropiada para el diagnóstico y redes de información que aún no existen en nuestro sistema de salud. Es legítimo entonces preguntarnos ¿Cuál es la extensión de los problemas relacionados con medicamentos en un país como el nuestro donde no existen sistemas de farmacovigilancia desarrollados? ¿Cuál es el estado de la morbilidad y mortalidad asociada con el uso de medicamentos en el Perú?”.

Según Andrés Rodríguez⁹ “Como solución a este problema emergente se han desarrollado diversos modelos de atención farmacéutica, sobre todo en Estados Unidos y España basados en el perfil profesional del Farmacéutico como experto en medicamentos”. Como lo señalan Bonal et al.¹⁰ se debe promover la adaptación de estos modelos e instrumentos farmacéuticos para garantizar la calidad del uso de medicamentos por los pacientes. Estas modificaciones deben tomar en cuenta la diversidad de variables que podrían influir en el uso de medicamentos, desde aquellas

propias de los usuarios y su entorno social y cultural hasta aquellas relacionadas con la morbilidad prevalente, la calidad de los productos y los criterios de prescripción y dispensación.

Según Régulo¹¹. “En este marco, las enfermedades cardiovasculares tienen un alto índice de morbimortalidad en nuestro país y afectan al 55% de la población adulta”. El éxito del tratamiento está directamente relacionado con el uso apropiado de los medicamentos que está a su vez fuertemente influenciado por diversas variables que de no ser identificadas a tiempo podrían desencadenar fracasos en los tratamientos, agravamiento de la enfermedad o peor aún en la aparición de problemas de salud asociado al uso inapropiado de medicamentos.

1.1. Planteamiento del Problema.

De la caracterización del problema se desprende la motivación de poner en práctica un modelo adaptado de Atención Farmacéutica basado en Seguimiento Farmacoterapéutico que permita evaluar el impacto y la utilidad del programa, no solo para los pacientes, sino como herramientas farmacéuticas para el fortalecimiento de los Establecimientos Farmacéuticos como centros de salud especializados en la consultoría sobre el uso de medicamentos.

Específicamente la presente investigación estuvo orientada a determinar si: ¿Tendrá el programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico efecto para disminuir los niveles de presión arterial de pacientes hipertensos?

1.2. Objetivos de la Investigación.

1.2.1. Objetivo General.

Determinar el efecto sobre la adherencia de la actividad profesional del farmacéutico de un programa piloto de seguimiento Farmacoterapéutico dirigido a pacientes con hipertensión arterial intervenidos desde la “Farmacia Yugoslavia”, Distrito de Nuevo Chimbote. Abril - Junio del 2014.

1.2.2. Objetivos Específicos

1.2.2.1. Hacer una comparación del nivel de adherencia al tratamiento antes y después de la intervención piloto.

1.2.2.2. Verificar si el SFT es útil para diagnosticar y solucionar PRMs con el objetivo de prevenir o aliviar RNMs.

1.2.2.3. Medir el efecto del programa de SFT sobre los valores de la Presión Arterial sistólica, diastólica y diferencial.

II. REVISION DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes.

2.1.1. Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico.

Según Ramalho, Dupotey¹². “Las diversas intervenciones de Atención Farmacéutica desarrolladas basadas en Seguimiento Farmacoterapéutico y realizadas en diversos ámbitos han evidenciado resultados positivos. Las intervenciones orientadas a mejorar la calidad de uso de los medicamentos y control de diversas entidades patológicas muestran resultados en ámbitos clínicos, humanísticos y económicos, ganancia en capacidades y empoderamiento de los profesionales farmacéuticos”.

Según Vásquez et al¹³. “Se han reportado éxitos en la regularización de presiones arteriales (diastólicas y sistólicas)” y según Márquez et al¹⁴., Díaz et al¹⁵., Ministerio de salud¹⁶. “el mejoramiento de la adherencia o cumplimiento de las indicaciones médicas (ambos en el ámbito clínico)”. Además según Gonzales¹⁷. “se han reportado éxitos en los niveles de percepción de calidad de vida” y según Climente et al¹⁸., Martínez et al¹⁹., Flor et al²⁰. “el mejoramiento de la calificación por parte de la población del trabajo que realiza el farmacéutico a nivel comunitario (ámbito humanístico)”.

Según Aguas et al²¹. "Se han observado además, como efecto de las intervenciones farmacéuticas, mejoras significativas en el conocimiento por parte del paciente sobre los factores de riesgo de las enfermedades, sobre las características de los

medicamentos y en la satisfacción del paciente con el servicio farmacéutico. También, se encontraron mejorías significativas en la función física y un raro empeoramiento de las funciones sociales, emocionales y de salud mental relacionado probablemente a una mayor conciencia de parte del paciente hacia la enfermedad”.

En cuanto a los tipos de intervenciones realizadas, Pires et al²²., “analizaron 2361 hojas de intervención farmacéutica y determinaron que las más prevalentes fueron aquellas encaminadas hacia la sustitución del medicamento (23,6%), seguidas por aquellas destinadas a la adición de un medicamento al paciente (23,5%). También destacaron las intervenciones dirigidas hacia la disminución del incumplimiento voluntario (14,8%), hacia la retirada de un medicamento (14,6%) y hacia la modificación de la dosis (13,4%). El resto de los tipos de intervención definidos fueron: educación en medidas no farmacológicas (3,4%), disminución del incumplimiento involuntario (3,4%), modificación de la dosificación (2,2%) y modificación de la pauta de administración (1,2%)”.

Según Chamorro et al²³., “Son múltiples las evidencias sobre los resultados positivos alcanzados a través de la introducción de programas de SFT en todos los niveles de atención de salud clínicos y ambulatorios”. Así mismo según la Universidad Nacional Mayor de San Marcos²⁴., Clopes²⁵. “De su utilidad como herramienta que mejora el nivel de control de morbilidad ocasionada por el uso de medicamentos en pacientes con patologías de curso diverso crónicas o agudas, transmisibles o no”.

Según Clopes²⁶., Garção et al²⁷., “Las investigaciones muestran también evidencias del efecto de intervenciones farmacéuticas realizadas a través de diversos canales de comunicación que utilizan no solo las entrevistas personales sino también las alternativas electrónicas y el internet. Se concluye sobre la potencia y eficacia de estos medios para transmitir a los pacientes indicaciones de uso de medicamentos y la monitorización sobre el cumplimiento o reporte de reacciones no esperadas”. En el Perú, en una búsqueda rápida en internet de las palabras clave Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hipertensos en el Perú o Atención farmacéutica en pacientes hipertensos en el Perú, arroja escasos resultados de investigaciones o programas en marcha de SFT.

Según Campos et al²⁸. “En un trabajo antiguo y pionero sobre la implantación del SFT en una farmacia comunitaria de un cono de Lima, Gamarra et al. muestran resultados poco precisos sobre la naturaleza de la intervención y la conclusión solo refiere una influencia positiva del programa en la percepción de los pacientes sobre la imagen profesional del farmacéutico”.

Congreso de la República del Perú²⁹., “En 2010, en una investigación utilizando el modelo DÁDER reportan impacto positivo del SFT sobre la autopercepción de la calidad de vida asociada con la salud de pacientes hipertensos que se atienden en un hospital de Lima”. Sin embargo se utiliza la definición del segundo consenso de granada para describir los resultados de PRMs que ahora son considerados RNMs. Ocampo³⁰., “En 2010, en una investigación para medir el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes hipertensos, demuestra que el resultado es significativo (0.031) cuando se comparan los test antes - después de una intervención farmacoterapéutica”. Se refiere que el programa aumentó sobre todo la actitud de los pacientes en tomar los medicamentos cotidianamente ($p = 0,003$).

2.1.2. Evolución Del Seguimiento Farmacoterapéutico en el Perú.

Según Congreso de la República del Perú³¹. “En el Perú los antecedentes acerca de la implementación de programas de Atención Farmacéutica AF datan del 2003 en una reunión promovida por la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas para identificar los ámbitos de aplicación del término Atención Farmacéutica. En la reunión participaron Farmacéuticos de establecimientos de salud, profesionales representantes de universidades y de instituciones farmacéuticas pero no se llegó a ningún consenso”.

Según Congreso de la República³². “La política de medicamentos del Perú del 2004 es el primer documento normativo que refiere a promover el desarrollo de la atención farmacéutica y el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Farmacia entre los profesionales farmacéuticos, tanto del sector público como privado”. Según Presidencia de la República^{33, 34}. “De los criterios de política se desprende La Ley 29459, Ley de Medicamentos, de 2009 y sus reglamentos que entraron en vigencia en 2011. De esta norma a su vez se desprende toda la regulación en materia de medicamentos que existe actualmente en el Perú. En ella se zanja el problema

semántico y se definen los alcances de la Atención farmacéutica y el Seguimiento farmacoterapéutico como actividades esenciales de las Buenas prácticas de farmacia”.

Según Ministerio de Salud³⁵. “A Enero de 2008 el desarrollo de la Atención Farmacéutica podía ser explicado revisando las distintas actividades académicas normativas y profesionales desarrolladas en los últimos 10 años”. En el documento de referencia se explica que la implementación de la Atención farmacéutica en el Perú se ha basado únicamente en evaluar el potencial efecto de los programas y en la identificación de las características a favor y en contra que tienen los tipos de establecimientos de salud existentes y las estrategias que se requerirían en cada uno para la implementación de este servicio.

Según Ministerio de Salud³⁶. “En el 2012 la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú, presentó su modelo de Seguimiento Farmacoterapéutico para Establecimientos Farmacéuticos públicos. Se declaran las fases del proceso y se sugieren hacer mediciones de los resultados a través de indicadores de uso de medicamentos, resolución de Problemas Relacionados con Medicamentos y el impacto del proceso sobre la adherencia al tratamiento. Sin embargo no existe una guía de cómo desarrollar el proceso”.

2.2. Marco Teórico.

2.2.1. Problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRMs) y resultados negativos de la medicación (RNM).

Según Presidencia de la República³⁷. “La consideración del medicamento como bien económico no siempre va en el mismo sentido que su percepción como bien social lo que ocasiona que los intereses económicos se antepongan a los sanitarios. Esto origina que frecuentemente se perjudique o ponga en riesgo la salud de las personas, en particular de las más vulnerables, creándose una permanente tensión entre atender las necesidades terapéuticas reales y la ampliación del mercado farmacéutico”.

Según Sindicato Médico del Uruguay³⁸. “El verdadero valor social del medicamento radica, sin embargo, en sus efectos más intangibles, imponderables y sensibles a las emociones humanas: la disminución del sufrimiento y su contribución a la vida y a la felicidad de las personas. La aportación del medicamento y su industria a la ciencia médica y su aplicación en los sistemas asistenciales salva vidas, alivia el dolor y el sufrimiento físico y psíquico de los pacientes y de sus familias, haciendo posible el desarrollo humano y la integración social de las personas”.

Según Fernández et al³⁹., “Sin embargo con el uso de medicamentos no siempre se consiguen resultados positivos. En ocasiones la farmacoterapia falla provocando daños adicionales directos o indirectos cuando no se consiguen los objetivos terapéuticos buscados. Estos fallos de la farmacoterapia tienen un coste en la salud de los pacientes y un coste en recursos sanitarios y sociales, lo que los convierten en un auténtico problema de salud pública”

Strand et al⁴⁰. “definen la Drug Related Problems o Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), como aquella experiencia indeseable del paciente que involucra a la terapia farmacológica y que interfiere real o potencialmente con los resultados deseados por la terapéutica”.

Para que un suceso sea calificado de PRM deben de existir al menos dos condiciones: 1) el paciente debe estar experimentando o debe ser posible que experimente una enfermedad o sintomatología, y 2) esta patología debe tener una relación identificable o sospechada con la terapia farmacológica.

Blasco, et al⁴¹. “Definen error de Medicación (EM) a cualquier actuación prevenible que puede causar daño al paciente o morbilidad farmacoterapéutica (MFT)”. Los EM pueden tener su origen en errores de prescripción, en el manejo posterior de la administración de la medicación por algún profesional sanitario o el propio paciente.

Según Comité de Consenso. “Los Errores de medicación, según el Tercer consenso de Granada⁴², están dentro de las categorías de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). En su acepción mayor los PRMs son además cualquier suceso durante el proceso de uso de medicamentos que pueden incluir problemas no prevenibles como las idiosincrasias, las reacciones adversas o interacciones desconocidas (Cuadro N°03)”.

CUADRO N°03. Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM)

1. Administración errónea del medicamento
2. Actitudes personales del paciente
3. Conservación inadecuada
4. Contraindicación
5. Dosis, pauta y/o duración no adecuada
6. Duplicidad
7. Errores en la dispensación
8. Errores en la prescripción,
9. Incumplimiento
10. Interacciones
11. Otros problemas de salud que afectan al tratamiento
12. Probabilidad de efectos adversos
13. Problema de salud insuficientemente tratado
14. Influencia del entorno socio cultural.
15. Medicamentos ilegales.
16. Problemas económicos.

Modificado de: Tercer Consenso de Granada 2007⁴².

Según Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. “Los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) son la causa de resultados Negativos asociado al uso de medicamentos (RNM)⁴³” y los RNM son considerados por la OMS como Morbilidad Farmacoterapéutica (MFT)⁴⁴.

Según Comité de Consenso, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Faus et al⁴²⁻⁴⁴. “En el 2007 el Tercer Consenso de Granada definió como sospecha de RNMs. a la situación en la que el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud asociado al uso de medicamentos, generalmente por la existencia de uno o más PRM, los que se consideran como factores de riesgo o causas de este RNM (Cuadro N° 04)”.

Según Hall⁴⁵. “Se admite que los PRMs como causas de RNMs, pueden ser múltiples, aceptando por tanto la existencia de un listado inicial que no es exhaustivo ni excluyente (Cuadro N°03), y que por tanto puede ser modificado con su utilización en la práctica clínica y en diversas condiciones sociales”.

CUADRO N°04. Clasificación de Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM). Tercer Consenso de Granada. 2007 (Clasificación que le correspondía a los PRMs hasta el Segundo Consenso de Granada).

N°	Clasificación del RNM	Descripción del RNM
1	Necesidad	Problema de Salud no tratado. El paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir una medicación que necesita.
2		Efecto de medicamento innecesario. El paciente sufre un problema de salud asociado a recibir un medicamento que no necesita.
3	Efectividad	Inefectividad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad no cuantitativa de la medicación.
4		Inefectividad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad cuantitativa de la medicación.
5	Seguridad	Inseguridad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad no cuantitativa de un medicamento.
6		Inseguridad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad cuantitativa de un medicamento.

Tomado de: Tercer Consenso de Granada 2007^{42,43}.

Según Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos⁴³. “Los PRM se pueden dividir en: potenciales o no manifestados, cuando el paciente potencialmente puede llegar a experimentar algún suceso indeseable (RNM) que podría interferir en los resultados deseados y reales cuando el paciente experimenta de hecho un suceso indeseable relacionado con la farmacoterapia que genera un resultados negativo de la medicación (RNM)”.

Según Hall⁴⁵. “Con la definición clara de la actividad que identifica y sistematiza a estos eventos puede afirmarse que los farmacéuticos al identificar un PRMs para prevenir un RNMs o MFT realizan efectivamente un diagnóstico”. Desde este punto de vista la definición de PRM y RNM puede ser el origen de un nuevo posicionamiento profesional del Farmacéutico.

Según Hall⁴⁵. “En la práctica, lo que ha ocurrido es que los farmacéuticos hemos evitado utilizar la palabra diagnóstico para referirnos finalmente a la actividad profesional de prevenir RNMs a través de la identificación y el tratamiento de sus causas, los PRMs”. Si para los Profesionales Médicos es clara la labor diagnóstica en función de las enfermedades que son capaces de identificar para los Farmacéuticos deben quedar claros cuáles son los PRMs que son capaces de diagnosticar para evitar la aparición de RNMs.

Culbertson et al⁴⁶. “en 1997” citado por Hurley⁴⁷. “definieron como Diagnóstico Farmacéutico (DF) al proceso cognitivo centrado en la identificación de problemas específicos originados en el uso de medicamentos por parte de los pacientes. El DF debe estar basado en evidencias suficientes que permita sostener que la causa del problema de salud que enfrenta el paciente es efectivamente el uso de los medicamentos”.

Ferriols⁴⁸. “afirma que con una elevada frecuencia, los PRM se originan en la forma en que los medicamentos son seleccionados, prescritos o indicados, dispensados, administrados y, principalmente, monitorizados”. Por tanto según Calvo et al⁴⁹. “Además de la obligada calidad intrínseca de los medicamentos que se manejan es imprescindible una correcta selección, prescripción, indicación, preparación, dispensación y administración. Es decir, posterior a la administración es exigible la vigilancia del logro de resultados y la evolución del paciente para evitar o prevenir acontecimientos adversos relacionados con la farmacoterapia”.

2.2.2. Diagnóstico de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).

Según Comité de Consenso⁴². “El alcance de las definiciones de los problemas relacionados con medicamentos (PRM) (Cuadro N°03) que se utilizan en la presente investigación se explican a continuación según el orden de identificación propuesto por el comité de consenso de Granada (Figura N° 01)” y según Sabater et al⁵⁰. “la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico de la metodología DADER”.

a) Errores de prescripción (PRM 8): El investigador revisará los medicamentos prescritos para la enfermedad e identificará si están de acuerdo al diagnóstico declarado por el paciente. Según Ministerio de Salud⁵¹. “Se revisará la receta para identificar si contiene los datos mínimos requeridos normativamente para que el paciente use apropiadamente los medicamentos”.

Se revisará:

- Datos claros del prescriptor: Nombre, Colegiatura, Dirección, Teléfonos.
- El Nombre del paciente.
- La descripción clara de los medicamentos en denominación común internacional (DCI), formas de presentación y cantidad.
- Indicaciones especiales si el medicamento lo requiere.
- No observar las precauciones, incompatibilidades y advertencias de los medicamentos por la condición fisiopatológica del paciente.

b) Errores de dispensación (PRM 7): Se revisará si todos los medicamentos prescritos fueron dispensados y si están de acuerdo a las características de la receta. Según Ministerio de Salud⁵². “Se anotará también si se dispensó el mismo medicamento en nombre y forma farmacéutica o si se realizó una sustitución autorizada normativamente por consejo del farmacéutico”. El paciente deberá comprender la naturaleza del cambio.

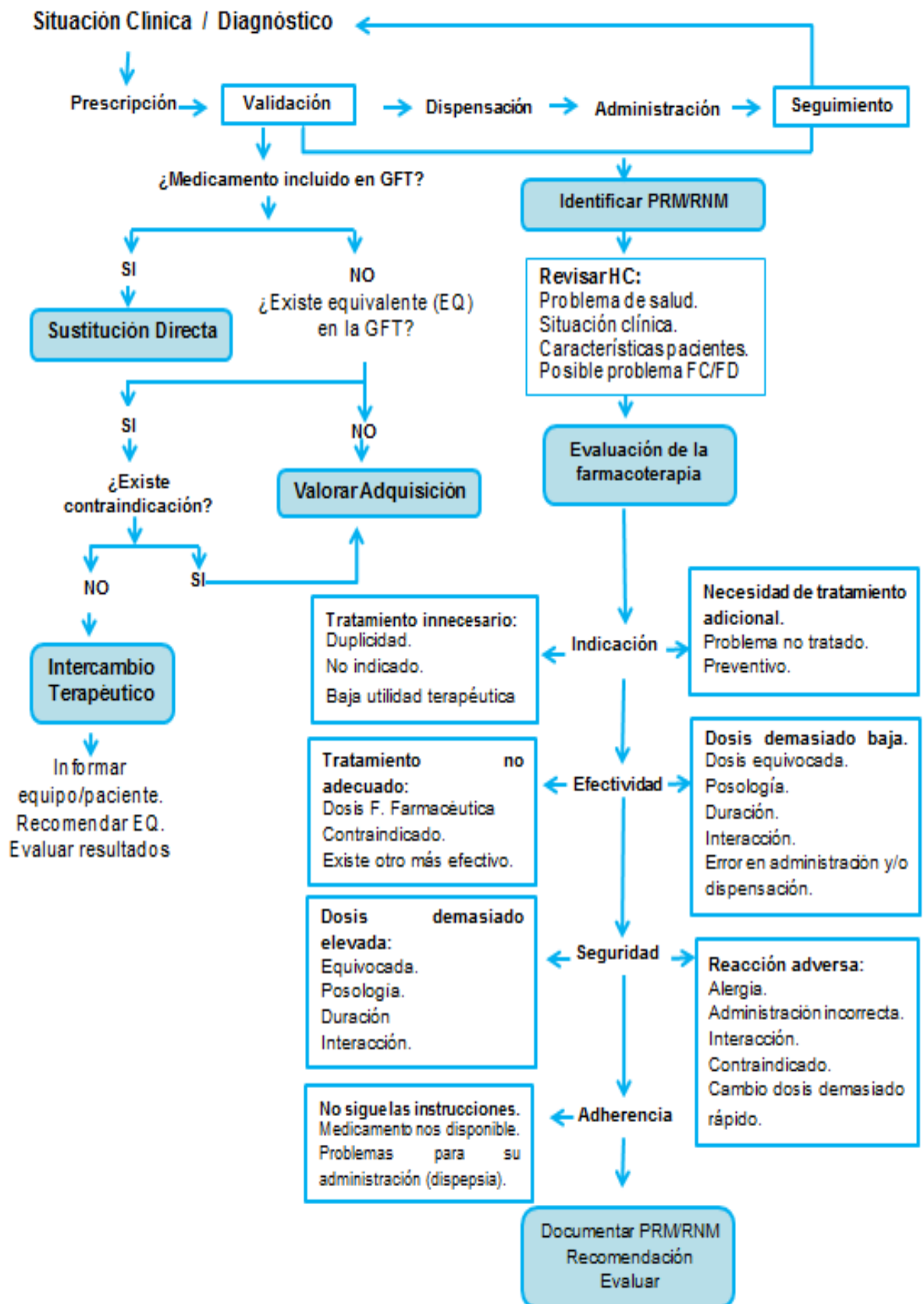
- c) Incumplimiento o No Adherencia al tratamiento prescrito (PRM 9): Según Basterra⁵³. “En la presente investigación se utiliza la definición de Hayne que definió a la adherencia como: el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”.

Según Osterberg et al⁵⁴. “La no-adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran magnitud. Esto se refleja estadísticamente en que en los países desarrollados, la adherencia a la terapéutica, promedia el 50%, mientras que en los países en vías de desarrollo, las tasas son inclusive menores”. Según Libertad⁵⁵. “Esta realidad tiene como consecuencia el incumplimiento de las metas sanitarias, mayores costos en salud, mayor incidencia de las complicaciones propias de la enfermedad, y finalmente agudización de la enfermedad y muerte”.

Según Márquez⁵⁶, Tapia⁵⁷. “Se ha demostrado que la falta de adhesión al tratamiento que ocurre entre los pacientes crónicos, como los hipertensos, implica una mayor probabilidad de agravamiento de la enfermedad, aumento de los gastos de salud y disminución de la calidad de vida de los pacientes, entre otros efectos”.

Según Patient-reported⁵⁸. “En la presente investigación el nivel de adherencia pre y post intervención farmacoterapéutica servirá como un indicador de la eficacia del SFT sobre la resolución de PRM. El perfil de la adherencia se evaluará a través de la aplicación del test denominado MedicationAdherenceScale que se describe en las definiciones operacionales (acápite 3.5.2.2 y Cuadro N° 09)”.

Figura N° 01. Flujograma de la etapa de estudio y evaluación. Tomado de Comité de Consenso^{42, 50}.



d) Otros problemas de salud que afectan al tratamiento (PRM 11): Son problemas de salud diagnosticados o no, diferente a la morbilidad objetivo. Esta condición puede poner en riesgo el uso de los medicamentos prescritos o motivar al paciente a automedicarse. Dentro de estos problemas podemos identificar alergias, estrés, dolores, depresión, sensaciones extrañas u otro para las cuales es necesario tomar precauciones de uso o que sean desfavorables para el uso de los medicamentos prescritos.

e) Actitudes negativas del paciente (PRM 2): Es la conducta negativa del paciente a asumir las indicaciones terapéuticas motivadas por conceptos erróneos de los efectos de su medicación, convencimiento que los medicamentos no son necesarios o por alguna razón externa al tratamiento tales como: creencias religiosas, culturales, consejos erróneos de terceros, etc. Estas actitudes pueden ser detectadas cuando el farmacéutico pregunta: ¿Cree Usted que puede tener problemas con la toma de alguno de estos medicamentos?

f) Duplicidad (PRM4): Es la concomitancia en el uso de dos medicamentos que farmacológicamente cumplirían la misma función o si la asociación de dos medicamentos no brinda ventajas terapéuticas comparativas y que por el contrario pudieran causar problemas negativos debido a la sobre dosificación o interacción.

g) Dosis, pauta y/o duración no adecuada (PRM 5): Error asociado a la prescripción de medicamentos no conforme a las pautas posológicas recomendadas: la dosis, la vía de administración, la frecuencia de administración y los días estipulados para el tratamiento.

h) Contraindicaciones (PRM 6): Condiciones actuales de salud del paciente o la toma concomitante de algún otro medicamento que condicione negativamente al paciente para no usar el medicamento prescrito.

i) Interacciones (PRM 10): Incompatibilidad farmacológica en la concomitancia del uso de dos o más medicamentos en un paciente por razones que afectan negativamente el resultado de la medicación y aún puedan poner en riesgo la salud del paciente. Según Castro et al⁵⁹. “La evaluación de la interacción es compleja y debe primar el criterio de costo beneficio de la administración conjunta frente a otras alternativas terapéuticas”.

En este ítem se considera la interacción con productos naturales o alimentos que el paciente suele consumir de manera regular junto con los medicamentos que pudieran interactuar de manera negativa con la medicación.

j) Potenciales Reacciones Adversas (PRM 12): Son aquellos problemas de salud que pueden estar causados y/o agravados por el medicamento. Conviene revisar la evidencia que existe sobre la manifestación de un determinado efecto indeseado (probabilidad de que aparezca), así como la importancia que puede tener (gravedad del problema). Según Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica⁶⁰. “En cualquier caso, es preciso establecer cuáles son aquellas variables clínicas (si las hubiera) que permiten monitorizar los efectos indeseados de cada medicamento. También es conveniente revisar aquellas pruebas analíticas que puedan estar alteradas por el medicamento”.

k) Conservación inadecuada (PRM 2): Condiciones en las que se mantienen los medicamentos que afectan directa o indirectamente la calidad de los medicamentos. Si están en lugares inseguros, al alcance de niños, expuestos a luz solar, en ambientes húmedos, expuestos a temperaturas excesivas, en lugares expuestos a maltrato físico por accidente u otro.

l) Problema de salud insuficientemente tratado (PRM 13): Problema de salud diagnosticado que mantiene signos o síntomas clínicos en el paciente que presumen ineffectividad del tratamiento prescrito que puede deberse a subdosificación, ineffectividad o la falta de un medicamento dentro de la terapia del paciente.

m) Administración errónea del medicamento (PRM 1): Problemas asociados directamente con el uso de medicamentos automedicados y sus problemas derivados. Automedicación de productos bajo automedicación estricta, Automedicación con errores de posología, Interpretación errónea de la receta, etc.

n) Influencias negativas del entorno (PRM 14): Actitudes asumidas por los pacientes por influencia del entorno social o cultural en el que vive. Influencias de las amistades, vecinos o familiares que sufren problemas similares, grupos religiosos, propaganda negativa, etc.

ñ) Medicamentos ilegales (PRM 15): Uso de medicamentos sin registro sanitario vigente de origen espurio o ilegal que suele reconocerse porque el registro sanitario no es legal.

o) Problemas económicos (PRM 16): Problema que se evidencia cuando el paciente no toma su medicación porque no la puede adquirir

2.2.3. La atención farmacéutica y el seguimiento farmacoterapéutico: contribución del farmacéutico al mantenimiento de la salud pública.

Según Organización Panamericana de Salud⁶¹. “La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) definieron que la misión de la práctica farmacéutica debe ser: suministrar medicamentos, otros productos y servicios para el cuidado de la salud y ayudar a la sociedad para que sean usados de la mejor manera posible”.

Según Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de España, en el Tercer Consenso de Granada, Comité de Consenso⁶²⁻⁶⁴. “Una parte de la misión señalada por la OMS se contiene en la definición del término PharmaceuticalCare. En España país donde se ha incorporado el término a la asistencia sanitaria, El Ministerio de Sanidad y Consumo promueve el concepto de Atención Farmacéutica (AF) como un conjunto de servicios farmacéuticos dirigidos al paciente que van desde el control de calidad de la prescripción hasta actividades de Farmacovigilancia”.

En el ámbito comunitario, según Andrés Rodríguez⁹. “las actividades de AF podrían esquematizarse según el Cuadro N°05, donde destacan aquellas orientadas hacia el paciente, mayores en número a aquellas tradicionales orientadas exclusivamente hacia el aseguramiento de la calidad del medicamento”. Las actividades centrales relacionadas con Atención Farmacéutica son: Dispensación, Asesoramiento Farmacéutico, Farmacovigilancia y Seguimiento Farmacoterapéutico.

Según Andrés⁹, Gaspar⁶⁵. “Aquellas actividades que no están directamente relacionadas con el uso de medicamentos pueden contribuir también con este objetivo pero al no estar vinculadas directamente con el paciente son consideradas más como actividades para el aseguramiento de la calidad del medicamento. Por ejemplo las actividades y procedimientos de la cadena logística tanto en sistemas intrahospitalarios como en distribución externa e incluso los esfuerzos para asegurar la calidad intrínseca de los medicamentos a través de análisis de control de calidad”.

Las actividades directamente relacionadas con AF: Las Buenas Prácticas (BP) de Dispensación, la Indicación Farmacéutica, el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), las BP de Farmacovigilancia, las actividades relacionadas con la Farmacia Clínica, todas ellas deben contribuir con la prevención, solución o amenguamiento de los PRM (Cuadro N°03).

Según Gonzales⁶⁶. “Lo más impactante quizá de la atención farmacéutica es el uso del término mismo. Tal vez nunca antes en la historia de la farmacia se había usado el término “atención” para denotar la función del farmacéutico en la sociedad. Era mucho más frecuente hablar de servicios farmacéuticos que de atención y existen diferencias entre ambos términos. El diccionario define “atención” como “la responsabilidad individual de alguien para entregar bienestar y seguridad”, mientras que un servicio implica simplemente funciones o actividades”.

Cuadro N° 05: Actividades de Atención Farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario.

ACTIVIDADES ORIENTADAS AL MEDICAMENTO	ADQUISICIÓN CUSTODIA ALMACENAMIENTO CONSERVACIÓN DE MATERIAS PRIMAS, ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS Y PRODUCTOS SANITARIOS.
ACTIVIDADES ORIENTADAS AL PACIENTE: ATENCIÓN FARMACÉUTICA	DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS. FORMULACIÓN MAGISTRAL.
	INDICACIÓN FARMACÉUTICA. FORMACIÓN EN USO RACIONAL. EDUCACIÓN SANITARIA. FARMACOVIGILANCIA.
	SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Tomado de Andrés Rodríguez⁹.

Según Martínez⁶⁷., Van⁶⁸. “Al introducir el término “atención” el farmacéutico se iguala con otros profesionales de la salud que también entregan atención al paciente y colocamos a éste, en el centro de nuestro quehacer profesional. Hay tres elementos básicos que caracterizan el ejercicio de la atención farmacéutica: Responsabilidad, el compromiso de trabajar con el paciente para alcanzar las metas terapéuticas y el mejoramiento de la calidad de vida”.

Según Van⁶⁸ El mayor problema del concepto de Atención Farmacéutica es llevarlo a la práctica en términos de una actividad proactiva independiente de las percepciones del paciente y de las expectativas del prescriptor con el objetivo de detectar problemas complejos en el proceso de uso de medicamentos que solo pueden ser diagnosticados por la experiencia profesional del Farmacéutico. Es decir una actividad en la cual el farmacéutico asume de manera integral la responsabilidad de evaluar a los pacientes que consumen medicamentos con el fin de detectar PRMs y resolverlos.

Según Clopes et al⁶⁹. “Se han propuesto para este fin una serie de actividades concretas que permitan obtener resultados medibles que evidencien la utilidad del trabajo profesional farmacéutico para la prevención, solución o amenguamiento de los problemas asociados al uso de los medicamentos (PRM). Una respuesta a esta necesidad es la implementación de modelos basados en seguimiento fármaco terapéutico (SFT)”.

Según Machuca⁷⁰. “Las actividades del SFT están orientadas a la detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM) para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente”.

Según En el tercer Consenso de Granada⁶³. “La definición de Seguimiento fármaco terapéutico (SFT), tal como se propone en el tercer consenso sobre Atención Farmacéutica de Granada en España en 2007, es la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente que usa medicamentos”.

Según Machuca⁷⁰. “actualmente los términos: atención farmacéutica (AF), intervención farmacéutica (IF) y seguimiento fármaco terapéutico (SFT) se usan indistintamente en las diferentes investigaciones sobre el tema para indicar una misma actividad orientada a asegurar calidad en el consumo de medicamentos por parte de los pacientes”.

Según Martí y Jiménez⁷¹., “de manera general los programas de AF o SFT deben soportarse en métodos o sistemas que permitan, de un modo general, dar respuesta a los siguientes aspectos”:

- a. Identificación temprana de pacientes que se beneficiarían con su implantación,
- b. Registrar las categorías y las causas que originan los problemas relacionados con los medicamentos y su documentación,
- c. Generar alertas para solucionar los fallos del sistema,
- d. Evaluar la utilidad clínica de los procesos asistenciales en curso y
- e. Facilitar la propuesta de mejoras en la calidad de la gestión farmacoterapéutica.

Según Grainger-Rousseau et al⁷². “A través de los años se han desarrollado varios métodos para este fin, entre ellos los más conocidos son: TheTherapeuticOutcomesMonitoring (TOM) aplicable a grupos de pacientes que sufren enfermedades de alto riesgo propuesto por Charles Hepler”. El Método del Global PharmaceuticalCare de Strand et al⁴⁰. y el método de Seguimiento FarmacoterapéuticoDáder de la Dra. María José FausDáder desarrollada desde la Universidad de Granada en España. Existen así mismo otros métodos propuestos como el método IASER desarrollado por Climenti y Jiménez¹⁸.

Según Sabater et al⁵⁰., Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada⁶⁰. “En esta investigación se utiliza como modelo de SFT una modificación del método Español DADER de seguimiento fármaco terapéutico”.

Desarrollado por Ocampo⁷³. “aplicado por primera vez con el objetivo de medir el impacto del SFT sobre el uso de medicamentos y la prevención y solución de PRMs y RNMs en pacientes hipertensos”.

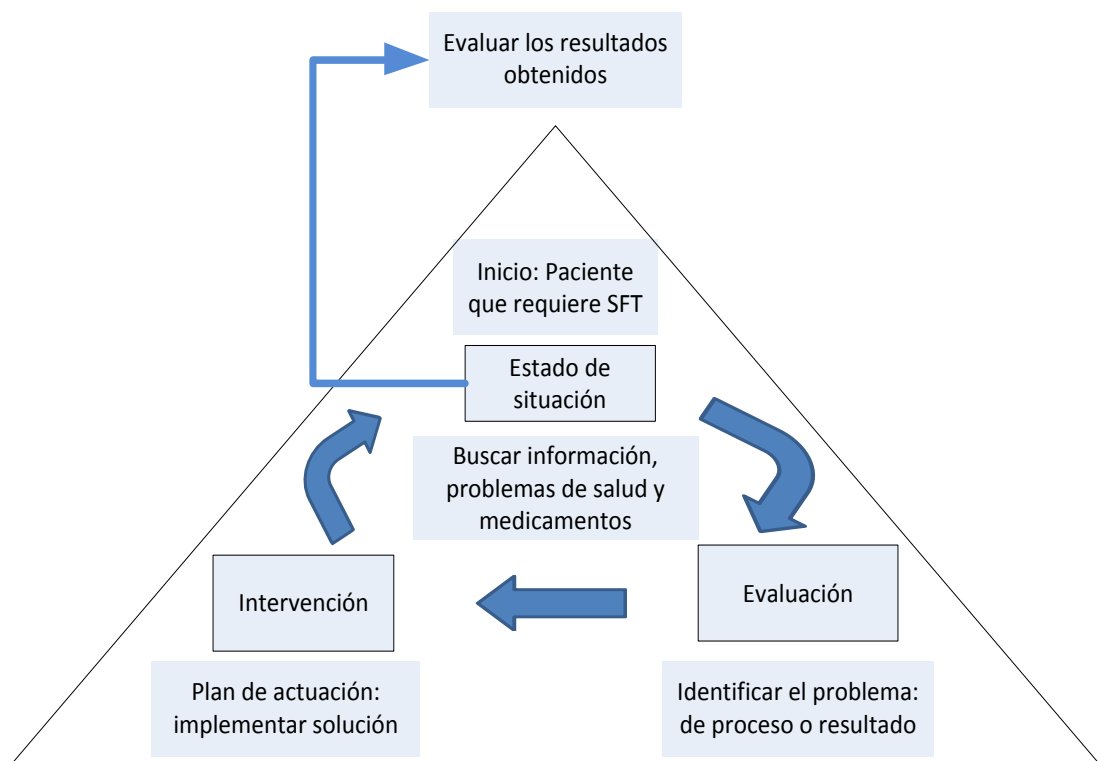
Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada⁶⁰. “El Método DADER nació en 1999 como propuesta del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada intenta ser una herramienta sencilla y de fácil aplicabilidad sin perder el rigor de un procedimiento operativo normalizado. El método intenta ser un modelo universal para la prestación del seguimiento fármaco terapéutico en cualquier ámbito asistencial, independientemente del tipo de paciente y por cualquier farmacéutico”.

Según Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada⁶⁰., Barris et al⁷⁴., Fajardo et al⁷⁵. “El método ha demostrado ser exitoso en la prevención, detección y resolución de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) desde el nivel de atención primaria”. Sin embargo tal como lo proponen el Grupo de Investigación de la Universidad de Granada⁶⁰ y Deselle et al.⁷⁶ es necesario evaluar su utilidad en escenarios sociales diferentes que permitan establecer estándares de actuación en situaciones particulares para medir en ellos el impacto real de la AF.

Según Ocampo P⁷³. “Estas particularidades se han introducido en el método modificado por Ocampo en el que se han modificado los términos en las herramientas de recojo de información para hacerlas más fáciles de aplicar por el profesional y más entendibles para el paciente. Así mismo se han introducido procedimientos y herramientas que permiten detectar rápidamente problemas de no adherencia al tratamiento que en nuestra realidad alcanzan cifras mayores al 40%”.

Según Faus⁷⁷ et al. “Tanto en el método DADER como en la versión modificada por Ocampo⁷³ se pueden identificar como fases centrales del proceso de seguimiento farmacoterapéutico a: a) la elaboración del primer estado de situación del paciente, la evaluación e identificación de sospechas de PRMs, b) la intervención para resolver los PRMs y potenciales RNMs y c) la evaluación del nuevo estado de situación del paciente (Figura N°02)”.

Figura N°02. Pasos Clave del Método DADER Modificado de Seguimiento Farmacoterapéutico.



Tomado de: OCAMPO P.⁷³.

Según Garnet Ret al⁷⁸., Boswort et al⁷⁹. “En la presente investigación se aplica un modelo desde el Establecimiento Farmacéutico con un primer contacto en el Establecimiento, para la oferta del servicio y el levantamiento de información general y contactos sucesivos en la fase de intervención a través de llamadas por teléfono, citas domiciliarias o citas en la farmacia comunitaria”.

Según Sabater et al⁸⁰. “El objetivo del SFT es dar solución a los PRMs a través de intervenciones farmacéuticas efectivas. Sabater et al. plantean una clasificación de las intervenciones farmacéuticas que podrían surgir durante el proceso del Seguimiento Fármaco terapéutico (Ver Cuadro N°06)”.

Según Sabater et al⁸⁰. “Para esta clasificación se define intervención farmacéutica como: la propuesta de actuación sobre el tratamiento y/o las conductas del paciente, encaminada a resolver o prevenir un PRM y evitar RNM”. De manera general las acciones para intervenir en las dimensiones 1 y 2 que tienen que ver directamente con cambios en la terapia, deberían pasar a través de una interconsulta con el médico. Mientras que las acciones de la tercera dimensión son responsabilidad directa del farmacéutico con el paciente.

Cuadro N°06. Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia.

N°	Dimensión	Intervención	Acción
1	Intervenir sobre cantidad de medicamento	Modificar la dosis.	Ajuste de la cantidad de fármaco que se administra de una vez.
		Modificar la dosificación.	Cambio en la frecuencia y/o duración del tratamiento.
		Modificar la pauta de administración (redistribución de la cantidad).	Cambio del esquema por el cual quedan repartidas las tomas del medicamento a lo largo de un día.
2	Intervenir sobre la estrategia farmacológica	Añadir un medicamento (s).	Incorporación de un nuevo medicamento que no utilizaba el paciente.
		Retirar un medicamento (s).	Abandono de la administración de un determinado (s) medicamento (s) de los que utiliza el paciente.
		Sustituir un medicamento (s).	Reemplazo de algún medicamento de los que utilizaba el paciente por otros de composición diferente, o bien de diferente forma farmacéutica o vía de administración.
3	Intervenir sobre la educación al paciente	Disminuir el incumplimiento involuntario (educar en el uso del medicamento).	Educación en las instrucciones y precauciones para la correcta utilización y administración del medicamento.
		Disminuir el incumplimiento voluntario (modificar actitudes respecto al tratamiento).	Refuerzo de la importancia de la adhesión del paciente a su tratamiento.
		Educar en medidas no farmacológicas.	Educación del paciente en todas aquellas medidas higiénico-dietéticas que favorezcan la consecución de los objetivos terapéuticos.

Tomado de Sabater et al⁸⁰.

2.2.4. Satisfacción Del Paciente por el Servicio.

Según Organización Panamericana de Salud⁶¹. “La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) definieron en 1993 que la misión de la práctica farmacéutica debe ser: suministrar medicamentos, otros productos y servicios para el cuidado de la salud y ayudar a la sociedad para que sean usados de la mejor manera posible”.

Según Universidad Nacional de San Marcos²⁴., Garção²⁷., OMS⁸¹. “Una parte de la misión señalada por la OMS se contiene en la definición del término PharmaceuticalCare¹”. En España país donde se ha incorporado el término a la asistencia sanitaria, El Ministerio de Sanidad y Consumo promociona el concepto de Atención Farmacéutica (AF) como un conjunto de servicios farmacéuticos dirigidos al paciente que van desde el control de calidad de la prescripción hasta actividades de Farmacovigilancia”.

En el ámbito comunitario, según Andrés Rodríguez⁹ las actividades de AF podrían esquematizarse según el Cuadro N°03, donde destacan aquellas orientadas hacia los pacientes mayores en número que aquellas tradicionales orientadas exclusivamente hacia el aseguramiento de la calidad del medicamento. Las actividades centrales relacionadas con Atención Farmacéutica son: Dispensación, Asesoramiento Farmacéutico, Farmacovigilancia y Seguimiento Farmacoterapéutico.

2.2.5. Hipertensión Arterial

Según Páez y Majul⁸². “La hipertensión arterial es una enfermedad crónica”. Según U.S. Department of Health and Human Services⁸³. “la Sociedad Europea de Hipertensión (SEH) - Sociedad Europea de Cardiología (SEC) para el manejo de la hipertensión arterial y el sétimo reporte del Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure de los Estados Unidos (JNC VII)”, se considera que un individuo adulto mayor de dieciocho años es hipertenso cuando se produce una elevación persistente de la PAS (presión arterial sistólica) mayor o igual de 140 mm Hg y/o una elevación de la PAD (presión arterial diastólica) mayor o igual de 90 mm Hg. Los valores referenciales de presión arterial (PA) se muestran en el Cuadro N°07.

Cuadro N° 07. Valores referenciales de presión arterial.

SEH-SEC	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)	JNC -7
Optima	<120	<80	Normal
Normal	120 -129	80 -84	Prehipertensión
Normal alta	130 -139	85 - 89	Prehipertensión
Hipertensión			
Grado 1	140 - 159	90 -99	Grado 1
Grado 2	160 - 179	100-109	Grado 2
Grado 3	>180	>110	Grado 3
H.Sistólica aislada	>140	<90	H.Sistólica aislada

U.S. Department of Health and Human Services⁸³.

Según U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES⁸⁴. “La HTA sólo se diagnostica en dos de cada tres individuos hipertensos (68,4%). De estos, el 53,6% recibe el tratamiento adecuado, pero el control sólo se logra en el 27% de los casos diagnosticados”. Más aún, y tal como reportan Agusti¹¹ en Perú y Rojas⁸⁵ en Chile un 55 y 40% respectivamente de pacientes que poseen valores de presión arterial elevados no son conscientes de ello ya que en la mayoría de los casos la hipertensión arterial cursa sin síntomas.

Según Tuesca et al⁸⁶., Pascuzzo et al⁸⁷. “Los factores reconocidos influyentes sobre el nivel medio de la hipertensión arterial son la edad, el sexo (con la edad más elevado en las mujeres), la raza (mayor en negros que en blancos) y nivel socio económico (prevalente en niveles socioeconómicos bajos). Así mismo se han estudiado los efectos del sobre peso, la ingesta de sal, el sedentarismo y el consumo excesivo de alcohol entre otros factores”. Justamente según World Health Organization⁸⁸. “las acciones que conducen a prevenir y controlar estos factores de riesgo son las recomendaciones iniciales más útiles para evitar distorsiones de la presión arterial por sobre la media de los valores normales”.

Según Castells⁸⁹, Hipertension Arterial. “Sin embargo el enfoque del manejo de la hipertensión arterial ha pasado de ser un objetivo por sí mismo a convertirse a su vez en un factor de riesgo que debe prevenirse y controlarse para evitar la aparición de enfermedades que involucran daño cardiovascular, cerebral, renal u ocular”.

Según Sellén⁹⁰. “El objetivo primario del tratamiento antihipertensivo es mantener los valores de tensión arterial por lo menos por debajo de 140/90 mm. Hg. para prevenir riesgos de morbimortalidad cardiovascular asociada, incluidos episodios cardíacos, cerebrales, enfermedad renal y vascular periférica, para lo cual es necesario, además, tratar los factores de riesgo modificables y las morbilidades”. En cuanto al manejo farmacológico, el Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión e Iza⁹¹ recomiendan flexibilidad.

Según Brodie⁹². “Se valoriza la idoneidad y responsabilidad del médico actuante para decidir si tratar o no y qué fármacos emplear inicialmente. Se acepta como válido iniciar el tratamiento con diuréticos tiazídicos, β -bloqueantes, antagonistas del calcio, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas del receptor AT-1 de la angiotensina II, bloqueantes α -adrenérgicos, agentes de acción central o combinaciones fijas de fármacos a dosis bajas. Si bien se ha cuestionado la seguridad de los α -bloqueantes, antagonistas del calcio y β -bloqueantes, no pueden ser descartados del uso cotidiano, ya que de acuerdo a las características fisiopatológicas del paciente, son de utilidad para el tratamiento en ciertos casos”.

En el Perú, Agusti¹¹ sostiene que la gran mayoría de hipertensos (82,2%) reciben inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, seguidos por los calcio antagonistas dihidropiridínicos (12%) y luego otros hipotensores.

2.2.6. Farmacia Yugoslavia.

La presente investigación se llevó a cabo en la Farmacia Yugoslavia. La farmacia está ubicada en la zona Casuarinas II etapa, Av. Sauces S/N Nuevo Chimbote. La población de la zona de influencia puede catalogarse como del nivel socioeconómico medio.

La Farmacia Yugoslavia se encuentra dentro del Centro de Salud Yugoslavia un establecimiento nivel I - 4, con Camas de Internamiento. Su atención es las 24 horas del día, pertenece a la red Pacífico Sur.

El 1 de Diciembre de 1973, se inaugura la obra “Los pueblos de Yugoslavia al pueblo Peruano – Centro de Salud Yugoslavia donado por la Cruz Roja Yugoslavia”. Teniendo como padrinos a la Sra. Consuelo G. de Velasco – Presidenta de la junta Asistencial Social, Sr. KoleKasute – Embajador de Yugoslavia en el Perú.

III. HIPÓTESIS

El Programa Piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico es eficaz para la adherencia al tratamiento de pacientes con Hipertensión Arterial, que se atienden en la Farmacia del centro de salud Yugoslavia del distrito de Nuevo Chimbote.

IV. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de Investigación.

4.1.1. Tipo y el Nivel de la Investigación:

La presente investigación fue de tipo aplicada, cuantitativa y de nivel pre-experimental.

4.1.2. Diseño de la Investigación:

El diseño fue de tipo prospectivo, longitudinal de una sola casilla, no probalístico y semiciego.

Figura N°03. Esquema del modelo de intervención farmacéutica.



Fuente: elaborado por Ocampo⁷³.

4.2. Población y Muestra.

El universo de sujetos de estudio estuvo conformado por pacientes atendidos de manera regular en la Farmacia Yugoslavia del distrito de Nuevo Chimbote. Los pacientes de la muestra de investigación se auto seleccionaron entre aquellos que visitaron la Farmacia Yugoslavia, durante el mes de abril a julio del 2014, cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron libremente ingresar al programa de SFT mediante la firma de un documento de consentimiento informado. El número final de pacientes de la muestra fue prefijado arbitrariamente en 12 pacientes.

Los criterios para la inclusión de los pacientes en la muestra final fueron:

- Pacientes diagnosticados con Hipertensión arterial.
- Edad entre cuarenta y ochenta años.
- Captados desde el establecimiento farmacéutico (EF) de referencia.
- Con receta vigente para la enfermedad objetivo de antigüedad no mayor de seis meses.
- Consentimiento explícito a través de un documento firmado.
- Capacidad de comunicación en idioma español de manera fluida escrita y hablada.
- Autosuficientes, es decir la toma de medicación no dependió de terceros.

No se incluyeron pacientes que presentaron en el momento del estudio:

- Pacientes participantes en otros estudios de investigación o en programas al mismo tiempo de la intervención de SFT.
- Pacientes en gestación.

4.3. Definición y Operacionalización de las Variables.

4.3.1. Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT): Es una práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades de los pacientes mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRM)⁶⁷.

El SFT es una variable independiente administrada a los pacientes para diagnosticar, tratar y/o prevenir PRM que degeneren en Resultados Negativos de la Medicación. El SFT se aplica mediante una intervención profesional en una secuencia de actividades en cinco fases conducidas por el Farmacéutico y dirigidas al paciente y/o prescriptor⁶⁷.

El instrumento del SFT es la Ficha Farmacoterapéutica (FFT) (Anexo N° 7.3) donde se registra la evolución del proceso. Se consignan datos del paciente, morbilidades, uso de medicamentos, costumbres y otros. Se registran los PRMs diagnosticados, los objetivos propuestos para su solución y los canales de comunicación empleados. La FFT registra finalmente el resultado de la intervención y los RNM asociados a los PRMs identificados⁶⁷.

4.3.2. Problemas relacionados con medicamentos (PRM): Situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación. En el presente proyecto utilizaremos como base el listado modificado de PRM sugerido por el tercer consenso de Granada.²⁷ (Cuadro N° 05).

El diagnóstico de PRMs es cuantitativo como resultado del análisis de la información recogida en las fichas farmacoterapéuticas. Según el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica⁹³ Cada paciente puede sufrir más de un PRM cuya naturaleza es registrada en la FFT como un evento diferente e individual en las tablas de frecuencias.

4.3.3. Resultados negativos asociados con la medicación (RNM). Se definen como sospechas de RNM a la situación en la que el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud asociado al uso de medicamentos, generalmente por la existencia de uno o más PRM, a los que podemos considerar como factores de riesgo de este RNM⁴². (Cuadro N° 02). La identificación de los RNMs será por interpretación del PRM asociado y su registro como un evento diferente e individual en las tablas de frecuencias. Cada paciente presenta tantos RNMs como PRMs sean diagnosticados.

4.4. Técnicas e Instrumentos.

4.4.1. Técnica

Según Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica⁹³. “El Seguimiento Farmacoterapéutico se condujo a través de la técnica de la entrevista personal, la conversación telefónica y la interacción a través de redes sociales en internet. La entrevista personal se realizó en el EF o en el domicilio del paciente. La técnica de abordaje y de interacción con el paciente en las entrevistas fue el recomendado por la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico del método DADER”.

4.4.2. Instrumentos.

4.4.2.1. Fichas Farmacoterapéuticas (FFT):

Según Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. “Las FFT son hojas para el registro de los datos del seguimiento farmacoterapéutico. Es el instrumento base para el levantamiento de información. Es un documento que consiste en 5 partes de información sobre el paciente: Datos generales, información sobre las enfermedades, los medicamentos consumidos, problemas con el uso de medicamentos y las acciones realizadas por el profesional farmacéutico para resolverlas.

Se utilizó este instrumento en las cinco fases del SFT. El registro de la información en las FFT se realizó de acuerdo a las indicaciones de la Guía para el Seguimiento Farmacoterapéutico del método DADER⁹³”.

4.4.2.2. Instrumento para medir la adherencia al tratamiento (Cuadro N°08).

Según Granados et al⁹⁴., Morisky et al⁹⁵. “También denominado Medication Adherent Scale (MAS) o Test de Morisky, consiste en una escala de cuatro ítems de preguntas con SI y NO como opciones de respuesta. Las preguntas están formuladas de tal forma que las respuestas afirmativas (SI) reflejan incumplimiento o no adherencia y valen 1 punto. Las respuestas negativas (NO) reflejan adherencia y se puntúan con cero (0). De tal forma que al sumar las respuestas de todos los ítems los resultados extremos pueden ser cero (0) o cuatro (4). Un escore total de cero representa adherencia total, es decir, respuestas negativas a todas las preguntas, mientras que un puntaje de cuatro refleja total incumplimiento. Resultados de puntajes intermedios pueden catalogarse desde poco incumplimiento hasta incumplimiento total”.

Las preguntas del instrumento se formularon en la primera y última entrevista como parte de una conversación aparentemente sin objetivo concreto para evitar las respuestas sesgadas del paciente.

CUADRO N°08. ESCALA DE ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN (MAS) DE MORISKY- GREEN - LEVINE.

PREGUNTA	VALOR DE LA RESPUESTA	
	SI	NO
¿Con que frecuencia se olvida usted de tomar su medicación? Olvido >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.		
¿Cuántas veces a la semana se olvida de tomar sus medicamentos la hora indicada? eventos >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.		
¿Con que frecuencia deja de tomar su medicación Cuando se encuentra bien? eventos >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.		
¿Cuántas veces ha dejado de tomar sus medicamentos por que ha sentido que le caen mal? eventos >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.		

Modificado de Morisky⁹⁵. 4-Item Self-Report Measure of Medication-Taking Behavior (MMAS-4).

4.4.3. Procedimiento de Recolección de Datos.

Según Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica⁹³. “Los datos se recolectaron durante el programa de Seguimiento Farmacoterapéutico, cuyo proceso se esquematiza en la Figura N°04. En esencia se sigue el procedimiento sugerido en el método DADER con la modificación de la terminología y el anexo de otros datos que son útiles para nuestra realidad”.

Las etapas del procedimiento de recolección de datos:

Oferta del Servicio y Captación de pacientes.

Levantamiento de información. Primer estado de situación.

Estudio y Evaluación.

Intervención y seguimiento.

Análisis de Resultados.

4.4.3.1. Procedimiento para Oferta del Servicio y Captación de los pacientes.

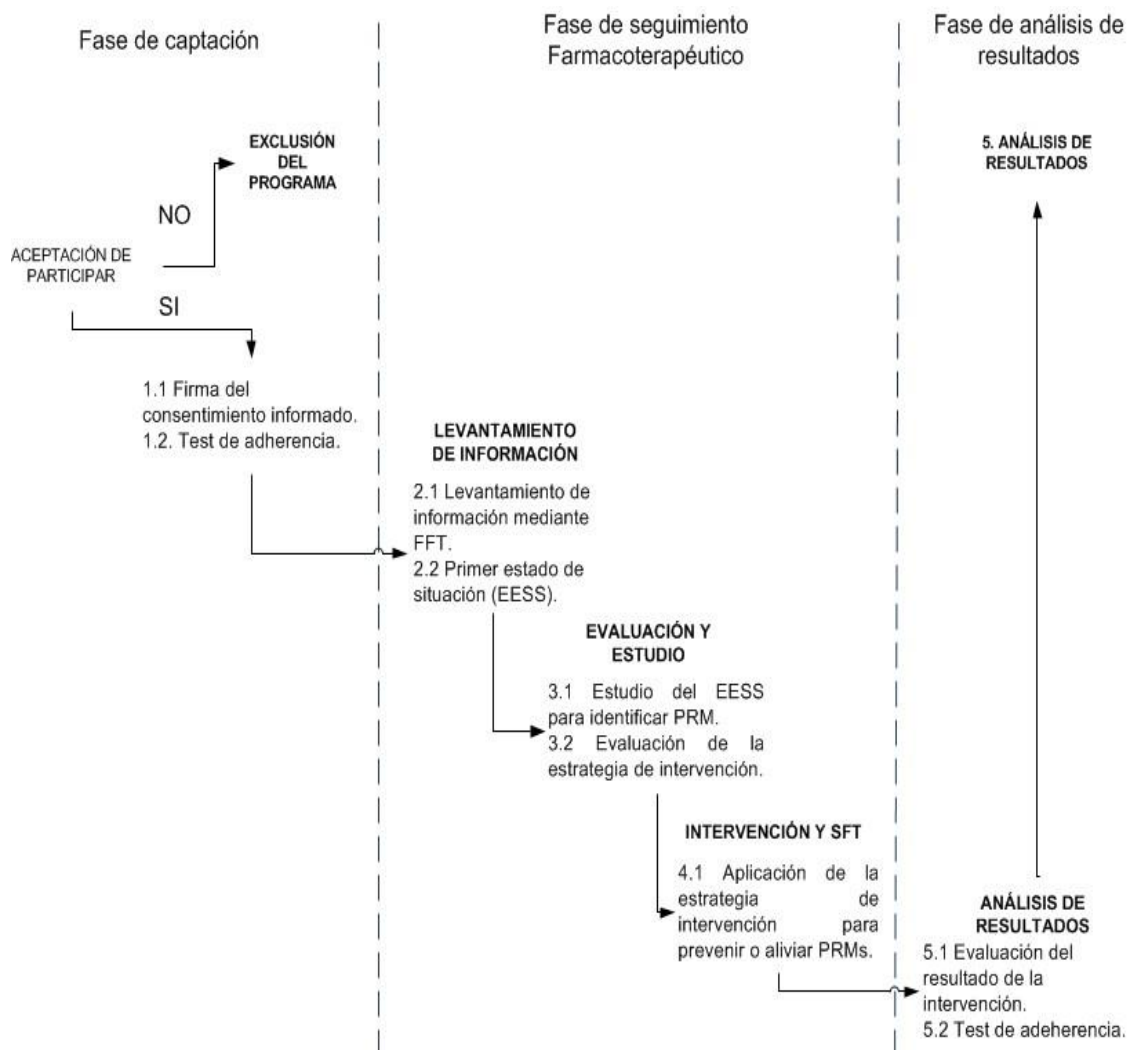
Se ofertó el servicio a todos los pacientes hipertensos que acudieron a la Farmacia Yugoslavia en los meses abril - julio del 2014 hasta obtener doce pacientes. Los pacientes firmaron su consentimiento de participar de la experiencia en un documento firmado (Anexo N° 7.2). El documento de consentimiento explicita la responsabilidad del farmacéutico en vigilancia del uso de medicamentos, la cautela de los datos del paciente, la gratuidad del servicio, ni la venta o donación de ningún tipo de medicamento.

Así mismo el consentimiento autoriza al farmacéutico a intermediar con el médico para la solución de los problemas complejos o urgentes relacionados con el uso de medicamentos. Por otro lado obliga al paciente a entregar toda la información referida a enfermedades y uso de medicamentos que pueda ser útil para el diagnóstico de PRMs.

Durante la captación se aplicó el test de adherencia al tratamiento. Al final de la entrevista de captación, el paciente y farmacéutico fijan fecha y hora para la segunda entrevista de levantamiento de información.

La duración de la captación fueron los minutos necesarios para convencer al paciente que ingrese al estudio y se complete la información basal. Se ofertó el estudio desde abril a julio del 2014.

FIGURA N°04. Flujograma de las actividades de seguimiento farmacoterapéutico.



Elaborado por OCAMPO⁷³.

4.4.3.2. Levantamiento de Información.

En la primera cita el farmacéutico utiliza la Ficha Fármacoterapéutica (FFT) (Anexo N° 7.3) para el registro de información general del paciente y datos específicos sobre: enfermedades, profesionales que diagnosticaron, medicamentos utilizados, hábitos de vida, antecedentes familiares y percepción de signos y síntomas de problemas de salud que el paciente asocie con el uso de medicamentos.

Se registra además el uso de productos naturales y se revisa el botiquín de medicamentos que el paciente tiene en casa y que puede usar tras la aparición de algún signo o síntoma.

En las FFT el farmacéutico registra todos los factores de riesgo y los potenciales problemas relacionados con el uso de medicamentos. Revisa permanentemente la lista de PRMs y anota cualquier sospecha asociada a la morbilidad o al uso de algún medicamento.

Como consecuencia de esta etapa el Farmacéutico elabora un reporte de estado de situación en el que aparecen interrelacionados los problemas de salud del paciente hayan sido diagnosticados o no y los medicamentos que se utilizan para cada una de estas condiciones (Anexo N°7.5). El tiempo dedicado al levantamiento de información programado fue una semana.

4.4.3.3. Fase de Estudio y Evaluación de la Información.

En esta etapa el farmacéutico estudia e interrelaciona todos los factores: enfermedad, medicamentos y factores de riesgo, para encontrar evidencia de problemas en el uso de los medicamentos (PRMs) que puedan generar potencial morbilidad farmacoterapéutica o RNMs (Anexo N°7.3). Todos los problemas de salud, tanto los diagnosticados como aquellos percibidos por el paciente y para los cuales toma medicamentos serán evaluados uno a uno.

Según García et al⁹⁶. “Para esta etapa el farmacéutico utilizará material bibliográfico y de internet sobre farmacología y Farmacoterapia que permita tener la certeza sobre los hallazgos de PRMs y RNMs”.

Para cada problema encontrado el Farmacéutico evaluará la mejor estrategia de abordaje que se reportará en la hoja 5 de las FFT. Cada paciente pudo tener uno o más de un PRM identificado. Se evaluó la mejor estrategia de intervención por cada PRM. La estrategia pudo contener una serie de acciones dirigidas directamente al paciente o al prescriptor. Los canales de comunicación utilizados se muestran en el cuadro siguiente.

Cuadro N°09. Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de PRMs.

N°	Tipos de Canales de Comunicación.
1	Verbal Farmacéutico Paciente.
2	Escrita Farmacéutico Paciente.
3	Verbal Farmacéutico Paciente Médico.
4	Escrita Farmacéutico Paciente Médico.
5	Verbal Farmacéutico Médico.

- La duración de esta etapa se planificó en no más de dos días por paciente.

4.4.3.4. Fase de Intervención y Seguimiento Farmacoterapéutico.

La intervención pudo ser mediante visitas domiciliarias o a través del contacto telefónico con el médico o directamente al prescriptor. El farmacéutico se abocará a explicar al paciente los problemas encontrados y la estrategia de solución propuesta.

Para la comunicación de las estrategias dirigidas al paciente, el Farmacéutico hará uso del lenguaje verbal y en algunos casos, cuando sea necesario fijar claramente algún aspecto, se dejarán recomendaciones escritas.

Cuando la intervención tenga por objetivo modificar las dosis, añadir, retirar o sustituir un medicamento de prescripción vigente, el Farmacéutico se pondrá en contacto con el médico prescriptor a fin de sugerir la modificación en la terapia. La comunicación del diagnóstico y tratamiento propuesto para el PRM se hará de acuerdo al cuadro N° 6. La duración de esta etapa se planificó en dos semanas.

4.4.3.5. Evaluación del Impacto de la Intervención.

La entrevista para evaluación final de los resultados fue conducida por un investigador diferente al que realizó el SFT.

Se preguntó al paciente si ejecutó las recomendaciones dadas para la solución del PRM o si el médico puso en prácticas las sugerencias de modificación de la terapia. Independientemente de la aceptación de la sugerencia para la solución se le preguntó si consideraba resueltos cada problema relacionado con medicamentos que fue diagnosticado.

Así mismo se midieron los niveles finales de adherencia y los parámetros clínicos de la enfermedad.

4.5. Plan de Análisis de Datos.

Las tablas para el análisis de data se construyeron con la información registrada en las fichas farmacoterapéuticas. Las tablas fueron confeccionadas en MS Excel:

- a) Tabla de información general de los pacientes, tiempos de intervención y canales de comunicación utilizados.
- b) Tabla de Primer estado de situación, con datos sobre problemas de salud y medicamentos utilizados, Así mismo PRM detectados, RNM potenciales, estrategia de intervención usada y vía de comunicación.
- c) Tabla de segundo estado de situación con datos sobre aceptación de la intervención y la solución del PRM tratado.

d) Tabla de resultados del test de Morisky

e) Tabla de valores de presión arterial.

f) Tabla de resultados del test de Purdue.

Como resultado, el acumulado de la información puede hacerse por pacientes, morbilidad, medicamentos, PRMs, Acciones realizadas por el Farmacéutico, resultados de las intervenciones, etc. Este análisis consolidado por variable se realizó utilizando Microsoft Access 2010. Las escalas para la consolidación de las variables utilizadas estarán de acuerdo a convenciones internacionales sobre prácticas de seguimiento Farmacoterapéutico: Clasificación de PRMs y RNMs, acciones realizadas por el Farmacéutico, canales de comunicación utilizados y resultados de las intervenciones.

A partir de los datos consolidados, se elaborarán tablas multivariantes con las frecuencias relativas y absolutas de: características de los pacientes intervenidos, los problemas de salud, los medicamentos más utilizados para el problema de salud, los PRMs más comunes, la asociación entre medicamento y PRM, las acciones tomadas por el profesional farmacéutico para solucionar los problemas. Así mismo se reportarán los Resultados Negativos a la Medicación (RNM) que pudieron preverse o los que se solucionaron, los canales de comunicación utilizados para la comunicación con el paciente. El impacto de la intervención se medirá a través de: el porcentaje de PRM diagnosticados y solucionados; los resultados de la diferencia del nivel de adherencia antes y después de la intervención y los resultados de la diferencia del nivel de percepción positiva en los pacientes de la actuación profesional del farmacéutico.

La cuantificación de los resultados de adherencia se hará de acuerdo al criterio del instrumento. Las respuestas negativas son favorables a la adherencia y se puntúan con 0. Las respuestas asertivas a las preguntas del test son consideradas negativa para la adherencia y se puntúan con 1. De las cuatro preguntas del test basta un solo 1 para tipificar a los pacientes como no adherentes.

Para la determinación de la significancia estadística de los resultados de adherencia antes después de la intervención se aplicó el test de McNemar para datos dicotómicos de muestras pareadas mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) de IBM versión 20. El nivel de significancia estadístico para todos los análisis será de 0,05.

Cuadro N°10. Valoración de los resultados de adherencia terapéutica según el test de Morisky Green.

Impacto	Antes	Después	Impacto	Interpretación
Positivo (I +)	1	0	1	La intervención farmacéutica podría ser la causa del mejoramiento en la adherencia terapéutica.
Negativo (I -)	0	1	-1	La intervención farmacéutica podría ser la causa del empeoramiento en la adherencia terapéutica.
Sin Cambios	0	0	0	La intervención farmacéutica no supuso cambios en el estado anterior y posterior de la adherencia.
	1	1	0	

Fuente: Elaboración propia.

Los datos de presión arterial se midieron 4 veces durante todo el proceso. Antes de la intervención, dos durante el seguimiento y uno al final del proceso. Los datos fueron tabulados en una hoja de cálculo electrónica y a partir de los datos se graficó la tendencia de los valores medidos durante el proceso. Se compararon los valores de presión arterial antes de la intervención y posterior a ella mediante la prueba T de student para datos emparejados con un nivel de significancia menor al 0.05% ($p < 0.05$)

4.6. Criterios Éticos.

Según World Medical Association⁹⁷. “El estudio se llevó a cabo siguiendo las normas éticas de la Declaración de Helsinki”. Se realizó con el consentimiento de los responsables del Servicio Farmacéutico de referencia. Se reportaron a los responsables del tratamiento las incidencias de las visitas de manera inmediata si se identifican factores de riesgo agrava dos que originen la inmediata atención del paciente.

Se preservará en todo momento el anonimato de los pacientes. Los datos personales registrados en la ficha farmacoterapéutica no figuran en las tablas de análisis de datos sólo un número de identificación, sexo y edad. Para la intervención es necesario conocer su nombre, apellidos y su dirección de correo electrónico de ser posible. Estos datos serán conocidos por el investigador y por un auxiliar encargado de la aleatorización. Los datos permanecerán en la base de datos informática hasta la finalización del estudio y será destruida posteriormente al término de la investigación.

A todos los pacientes se les informará del estudio solicitándoles el consentimiento escrito para su inclusión en el mismo. La hoja de consentimiento informado (Anexo N° 6.2) detalla las obligaciones del farmacéutico y las del paciente.

No se modificará la terapia prescrita sin el consentimiento del profesional prescriptor. El informe estuvo aprobado por el Comité de Investigación de la Escuela Profesional de Farmacia de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.

V. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1 Resultados.

5.1.1. Datos Generales Sobre los Pacientes y los Tiempos de Intervención.

Tabla N°01. Género y edad promedio de los pacientes que participaron en el piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico. Farmacia Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2014.

Sexo	N	%	Promedio Edad (años)
F	7	58.3	64.1
M	5	41.7	46.6
\bar{X}	12	100.0	55.4
		S	15.3

Tabla N°02. Tiempos de intervención y lugares de contacto durante el Seguimiento Farmacoterapéutico. Farmacia Yugoslavia, Nuevo Chimbote. Abril - Julio 2014.

Paciente	Contactos en el Establecimiento Farmacéutico		Contactos en Casa		Contactos por Teléfono		Contactos por otras Vías		Total	
	n	Tiempo (min)	n	Tiempo (min)	n	Tiempo (min)	n	Tiempo (min)	n	Tiempo (min)
1	1	15	3	60	0	0	0	0	4	75
2	1	15	3	80	0	0	0	0	4	95
3	1	15	2	35	1	15	0	0	4	65
4	1	15	3	55	0	0	0	0	4	70
5	1	15	3	55	1	10	0	0	5	80
6	1	15	3	85	0	0	0	0	4	100
7	1	15	3	80	0	0	0	0	4	95
8	1	10	3	70	0	0	0	0	4	80
9	1	15	3	60	0	0	0	0	4	75
10	1	15	3	65	1	5	0	0	5	85
11	1	10	3	57	0	0	0	0	4	67
12	1	10	3	60	0	0	0	0	4	70
Total	12	165	35	762	3	30	0	0	50	957
\bar{X} total		13.8	2.9	63.5	0.3	2.5	0.0	0.0	4.2	79.8

5.1.2. Resultados sobre los Diagnósticos Identificados y los Medicamentos Utilizados por los Pacientes Durante el Proceso de SFT.

Tabla N°03. Problemas de Salud de los pacientes hipertensos intervenidos mediante Seguimiento Farmacoterapéutico. Farmacia Yugoslavia, Nuevo Chimbote. Abril - Julio 2014.

Morbilidad	CIE	Diagnóstico	fi	%
Diagnosticada	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	12	32.4
	G80.2	Parálisis cerebral hemipléjica	1	2.7
	F51.0	Insomnio	1	2.7
	E78.0	Hipercolesterolemia pura	1	2.7
	E11	Diabetes mellitus no insulino dependiente	1	2.7
Subtotal			16	43.2
No Diagnosticada		Indigestión	1	2.7
		Colesterol	1	2.7
		Dolor de articulaciones	1	2.7
		Dolor de cabeza	1	2.7
		Dolor de garganta	1	2.7
		Dolor dental (causado por bracket)	1	2.7
		Alergia	1	2.7
		Hernia inguinal	1	2.7
		Infección de garganta	1	2.7
		Manchas blancas en la piel	1	2.7
		Náuseas	1	2.7
		Resfriado común	1	2.7
		Hemorroides	1	2.7
		Dolor de muela	2	5.4
		Infección de muela	2	5.4
	Dolor de espalda	2	5.4	
	Deficiencia de vitaminas	2	5.4	
Subtotal			21	56.7
Total			37	100

Fuente: Anexo N°03, Tablas de Estado de Situación

*CIE10. Código Internacional de Enfermedades versión 10

Tabla N°04. Medicamentos prescritos y no prescritos según su origen durante el proceso de intervención. Farmacia Yugoslavia, Nuevo Chimbote. Abril - Julio 2014.

Origen del medicamento	Morbilidad	Denominación en DCI	fi	Fi	%	
Prescritos	Hipertensión arterial esencial (primaria)	Ácido acetil salicílico	8	29	52.03	
		Enalapril	6			
		Atenolol	5			
		Losartán	4			
		Hidroclorotiazida	2			
		Amlodipino	1			
	Parálisis cerebral hemipléjica	Nimodipino + Citicolina	1	4	7.97	
		Insomnio	Alprazolam			1
	Hipercolesterolemia pura	Atorvastatina	1			
	Diabetes Mellitus no insulino dependiente	Metformina	1			
	Subtotal				33	60
	No Prescritos	Dolor	Naproxeno	1	9	16.36
			Ergonovina + Cafeína	1		
Naproxeno			1			
Diclofenaco + Vitamina B			1			
Ibuprofeno			2			
Deficiencia de Vitaminas		Ibuprofeno	1	2	3.64	
		Ibuprofeno	1			
		Dexametasona	1			
		Vitaminas de complejo B	1			
		Magnesio + Zinc	1			
No Prescritos	Infección	Amoxicilina	2	3	5.45	
		Amoxicilina	1			
	Alergia	Clorfenamina	1	8	14.55	
	Colesterol	Atorvastatina	1			
	Hemorroides	Diclofenaco + Paracetamol	1			
	Hernia inguinal	Clonazepam	1			
	Indigestión	Dimeticona + Polienzimas	1			
	Manchas en la piel	Clotrimazol	1			
	Náuseas	Dimenhidrinato	1			
		Paracetamol + Noscapina				
Resfriado común	Clorhidrato + Cafeína + Ácido ascórbico	1				
Subtotal				22	40	
Total			55	55	100	

*CIE10.- Código Internacional de Enfermedades versión 10

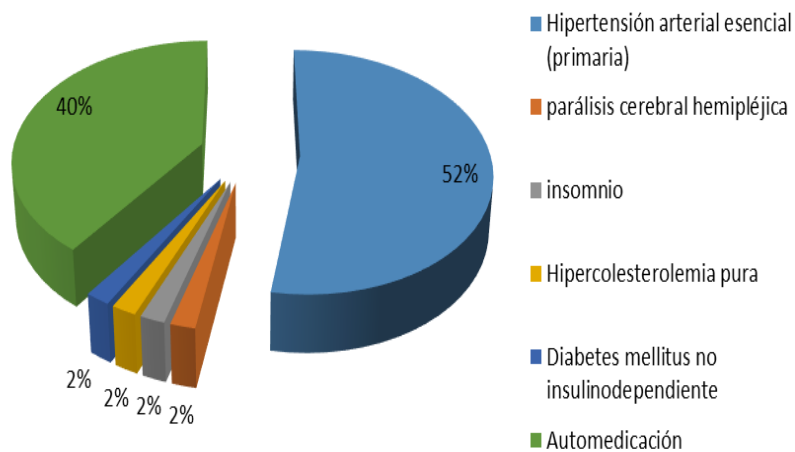


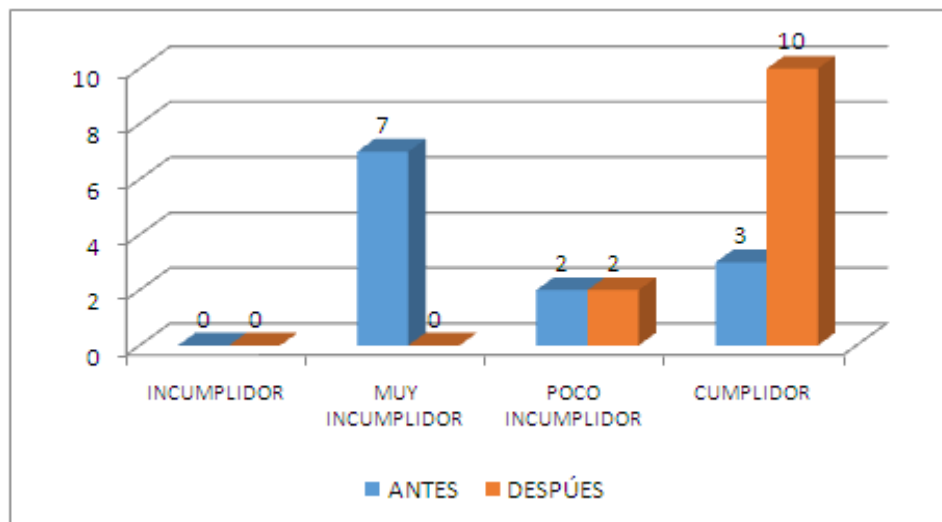
Gráfico N°01. Medicamentos usados para los problemas de salud identificados en pacientes hipertensos. Farmacia Yugoslavia, Chimbote. Abril - Julio 2014

5.1.3. Impacto de la Intervención Sobre la Adherencia.

Tabla N°05. Efecto del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos. Farmacia Yugoslavia, Nuevo Chimbote Julio 2014.

Paciente	Adherencia Antes	Adherencia Después
1	1	0
2	1	0
3	1	1
4	0	0
5	1	0
6	1	0
7	1	1
8	1	0
9	0	0
10	1	0
11	0	0
12	1	0
NO ADHERENTES	9	2
% NO ADHERENTES	75	16.7
Test de McNemmar	P =	0.016

1: Paciente Incumplidor; 0: Paciente Cumplidor.



	n	ANTES	%	DESPUÉS	%
INCUMPLIDOR	4	0	0.0	0	0.0
MUY INCUMPLIDOR	2 o 3	7	58.3	0	0.0
POCO INCUMPLIDOR	1	2	16.7	2	16.7
CUMPLIDOR	0	3	25.0	10	83.3
TOTAL		12	100.0	12	100.0

Gráfico N°02. Variación de los puntajes obtenidos según Test de Morisky antes y después de la intervención mediante Seguimiento Farmacoterapéutico. Farmacia Yugoslavia Nuevo Chimbote Julio 2014.

Tabla N°06 Efecto de la intervención mediante Seguimiento Farmacoterapéutico sobre cada una de las actitudes que reflejan las preguntas del Test de Morisky. Farmacia Yugoslavia, Nuevo Chimbote Julio 2014.

N°	PREGUNTAS DEL TEST	P (n=12)
1	¿Con que frecuencia se olvida usted de tomar su medicación? Olvido >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.	0,250
2	¿Cuántas veces a la semana se olvida de tomar sus medicamentos la hora indicada? eventos >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.	0,016
3	¿Con que frecuencia deja de tomar su medicación Cuando se encuentra bien? eventos >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.	1,000
4	¿Cuántas veces ha dejado de tomar sus medicamentos por que ha sentido que le caen mal? eventos >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.	0,219

5.2. Análisis de Resultados.

Con el objetivo de determinar el impacto del programa de SFT sobre la resolución de PRM, sobre la adherencia al tratamiento y sobre el valor de los indicadores clínicos de la enfermedad se tabularon los resultados obtenidos y se analizaron las relaciones entre las variables objetivo. A continuación se presenta el análisis de acuerdo al orden de presentación de los resultados:

5.2.1. Sobre los Pacientes y los Tiempos de Intervención.

Se intervinieron a 12 pacientes que aceptaron participar en el estudio (Tabla 01) de treinta años a sesenta y cuatro años con diagnóstico de Hipertensión Arterial en la Farmacia Yugoslavia de Nuevo Chimbote, el seguimiento se hizo durante cuatro meses de los cuales 7 fueron de sexo femenino y 5 de sexo masculino. La edad promedio de los pacientes que se intervinieron fue 55.4 años con una desviación estándar de 15.3, lo que demuestra que la Hipertensión Arterial es un problema genético en su mayoría. (Ver anexo 04).

Los pacientes intervenidos en este caso fueron para mujeres (58.3%) y hombres (41.7%) esto lo podemos ver en la (Tabla N°01). Según diversos trabajos indican que las mujeres son las que cumplen más con su tratamiento de Hipertensión Arterial.

Según la literatura consultada, la prevalencia de hipertensión en la población general en el Perú era de un 23.7% (varones 13.4% y mujeres 10.3%). En la costa, la prevalencia fue de 27.3%, en la sierra 18.8% y 22.1% en las altitudes menores de mayores de 3000 msnm, respectivamente, en la selva 22.7%. A partir de la cuarta década de la vida, la posibilidad de desarrollar hipertensión fue mayor en la costa que en las otras regiones. Los hipertensos diastólicos fueron predominantes en la sierra, sobre los 3000 msnm; 55% de la población no sabía que era hipertenso; de quienes recibían tratamiento solo 45.1% estaba compensado; la mayoría (82.2%) recibía tratamiento con los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) I.

En la tabla N° 01 se observa la Distribución de los pacientes entrevistados según sexo, edad. Estos resultados confirman la idoneidad de los pacientes en cuanto al grupo etéreo necesario.

Según Vázquez et al⁹⁸. “Se aprecia según esta tabla que el 58.3% son mujeres y el 41.7% son hombres los cuales asistieron a la Farmacia Yugoslavia Nuevo Chimbote, lo cual muestra que no hay mucha diferencia entre estos datos ya que observamos que ambos se preocupan por su enfermedad y van a la farmacia a tratarse y que tienen mayor tiempo para asistir a sus citas con el doctor. El 58.3% (7 de 12) de las personas que participaron en el estudio SFT fueron de sexo femenino. Esto puede estar asociado al procedimiento de selección del paciente desde el Establecimiento farmacéutico, lugar al que acuden preferentemente mayor número de mujeres que por su idiosincrasia y socio - cultura se dedican al mantenimiento del hogar o al cuidado de los hijos teniendo más tiempo para visitar los servicios de salud”.

En la tabla N°02 se observa que la captación de los pacientes fue en la Farmacia Yugoslavia. Se invirtió un promedio de 14 minutos para la captación de los pacientes. En este tiempo se explicó a los pacientes con HTA sobre los beneficios del Seguimiento Farmacoterapéutico, la metodología de trabajo y el número de visitas a realizar en el domicilio de los pacientes.

Una vez aceptado, se obtuvieron los datos mínimos del paciente para poder visitarlo en su domicilio con el objetivo de llenar las fichas del presente estudio. La segunda entrevista fue realizada en sus casas para mayor comodidad del paciente y del investigador.

En las visitas domiciliarias se procedió a tomar la presión arterial de los pacientes, se registraron los datos en la ficha de SFT, y educó al paciente en la toma apropiada de sus medicamentos, se le preguntó sobre su estado de salud y la mejoría que presenta y se identificaron signos de reacciones adversas, precauciones, con la finalidad de mejorar la adherencia al tratamiento y la identificación temprana de PRMs, también se realizó el test de Purdue para conocer cuál es la percepción que tienen los pacientes de la actividad del farmacéutico.

Se realizó un total de 50 contactos con los pacientes (captación del paciente y visitas domiciliarias), en promedio 3 contactos en los domicilios de cada paciente, invirtiendo en promedio 64 minutos en cada visita. Asimismo, se puede observar que el tiempo promedio total por paciente fue de 80 minutos.

Según Muñoz et al⁹⁹. “Estos datos guardan relación con los resultados obtenidos por Muñoz C. el cual obtuvo un promedio de 3 visitas por paciente”. Sin embargo, difieren con los resultados encontrados por Cabiedes¹⁰⁰ en su estudio de - evaluación económica de la Atención Farmacéutica (AF) en Oficinas de Farmacias Comunitarias, en el cual se reporta que el tiempo promedio de Atención Farmacéutica fue de 245 minutos por paciente (52 minutos de entrevista inicial, 175 minutos de visitas y 17 minutos de Intervención Farmacéutica). En términos de impacto neto, un paciente con Atención del Farmacéutico requiere un tiempo entre 180 y 201 minutos en las 3 visitas.

5.2.2. Sobre los Diagnósticos Identificados y los Medicamentos Utilizados por los Pacientes Durante el Proceso de SFT.

Según OMS⁸⁸. “En la tabla N°03 se observa que en el presente estudio se identificaron 16 enfermedades diagnosticadas, los pacientes además de la hipertensión sufrieron otras enfermedades tales como hipercolesterolemia (2,7%) y la diabetes mellitus no dependiente de insulina (2,7%). La OMS estima que hacia el año 2025 existirá un incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas y la hipertensión del orden del 40%”.

Según Escobar¹⁰¹. “La diabetes mellitus es una de las enfermedades que mayor riesgo comparte para el desarrollo de enfermedad coronaria, estimándose que en relación con la población general es entre dos y cuatro veces superior, siendo la causa del 86% de las muertes en personas con diabetes”. La hipertensión arterial es una comorbilidad extremadamente frecuente en los diabéticos, afectando el 20 - 60% de la población con diabetes mellitus.

Según OMS⁸¹. “En los últimos años, han aparecido numerosos estudios epidemiológicos que sugieren que la elevación del colesterol pudiese anteceder al desarrollo de hipertensión arterial y/o que la dislipidemia ya se encuentra presente en etapas precoces de la hipertensión arterial. Según un reporte de la OMS (2002) entre los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular se encuentran las concentraciones de colesterol elevadas en sangre (hipercolesterolemia), el sobrepeso y la inactividad física”.

En la tabla N°04 se presentan los medicamentos prescritos para cada uno de los diagnósticos identificados en el presente estudio. En el gráfico 01, estos resultados se resumen en grupos de frecuencia acumulada según patologías. El mayor porcentaje de medicamentos prescritos corresponden a los antihipertensivos (53.7%), incluyendo a 8 antiagregantes plaquetarios (AAS) que previenen la formación de coágulos de sangre en las arterias y ayudan a reducir el riesgo de accidente cerebrovascular o ataque cardíaca. Los antihipertensivos más utilizados fueron el enalapril (6 pacientes), atenolol (5 pacientes) y losartan (4 pacientes) pertenecientes al grupo de los inhibidores de la enzima de angiotensina (IECA), al grupo de los betabloqueantes y al grupo de los antagonistas de receptores de angiotensina (ARA).

Según Vivencio et al¹⁰²., García et al¹⁰³. “Los pacientes adultos mayores polimedicados presentan el riesgo de sufrir mayores reacciones adversas (RAM) e interacciones farmacológicas, como consecuencia de los cambios fisiológicos del envejecimiento (farmacocinética y farmacodinámica) y la influencia de las enfermedades. Las reacciones adversas a los medicamentos son más frecuentes y más graves en los adultos mayores en comparación con los pacientes más jóvenes, este riesgo aumentado se relaciona con la comorbilidad y los cambios por envejecimiento y polifarmacia”.

Según González et al¹⁰⁴., Allard et al¹⁰⁵. “Algunos investigadores han concluido que una intervención farmacéutica de cualquier tipo puede reducir el número de medicamentos que el paciente está tomando. Siete estudios encontraron una disminución en el número de recetas tomadas por los pacientes como resultado de la intervención farmacéutica. Estos estudios mostraron un margen de 17,6% a 52,2% de disminución en el número medio de recetas por paciente. Cuatro estudios examinaron el cambio de dosis diarias tomadas y encontraron disminuciones de 21,5% a 29,8% después de las intervenciones farmacéuticas. En contraste, dos estudios encontraron que no había cambio ni en el número de prescripciones ni en el de dosis por día, es decir no hubo un cambio favorable para los pacientes, resultado similar a nuestro estudio”.

5.3. Impacto de la Intervención Sobre la Adherencia.

Según Vivian¹⁰⁶. “En la tabla N° 05 muestra el efecto del SFT sobre la adherencia o cumplimiento terapéutico el cual se midió mediante el instrumento de Escala de Adherencia al Tratamiento, o también denominado Test de Morinsky Green Lavine”. Según Basterra¹⁰⁷. “El test se aplicó durante las conversaciones con el paciente en la primera y última visitas domiciliarias, antes y después de la intervención farmacoterapéutica, evaluándolos mediante la prueba no paramétrica de McNemmar, con valores de p menores a 0.05 fueron considerados estadísticamente significativos”.

Estos resultados muestran que al inicio de la investigación el 58.3% de pacientes eran no adherentes a su tratamiento, es decir, que olvidaban tomar su medicamento con frecuencia o no lo hacían a la hora apropiada. Al término del estudio, este resultado disminuyó con un 83.3% como resultado de la intervención realizada a dichos pacientes con Hipertensión Arterial.

El porcentaje de la no adherencia en el grupo de estudios antes del programa del SFT fue de 75% (9 pacientes), luego de la intervención fue 16.7% (2 - 12 pacientes); disminuyendo un 80 %, que fue significativo ($p = 0.004$) estadísticamente al final del estudio (ver tabla N°05), lo que nos indica que la intervención farmacéutica fue eficaz con la aplicación de este tipo de estudio ya que el paciente podrá mejorar la calidad de vida, pues el mismo se convierte en participante activo de su tratamiento médico al obtener autonomía y habilidad para aceptar las recomendaciones médicas.

El análisis del cambio con el test estadístico de McNemmar para datos categóricos de muestras relacionadas, arroja una diferencia significativa de ($p = 0.004$), lo que nos indica cambio de pacientes no adherentes a pacientes adherentes.

Según la tabla muestra que hubo 7 impactos positivos, es decir pacientes que empezaron siendo incumplidores y terminaron siendo cumplidores. Y 2 de los 12 pacientes que fueron poco incumplidores al inicio y al final del tratamiento también terminaron siendo poco incumplidores. Los 3 pacientes cumplidores se siguieron manteniendo así en su tratamiento.

Sumados los 7 impactos positivos con los 2 que fueron poco incumplidores y los 3 pacientes cumplidores nos da el total de los 12 impactos de los pacientes incluidos en el programa de seguimiento farmacoterapéutico. Expresado en porcentajes esto quiere decir que hubo un 58.3% de impactos positivos, un 16.7% de pacientes poco incumplidores y un 25% de los pacientes cumplidores, los factores que contribuyeron a lograr un resultado positivo fue la constante perseverancia por parte del investigador, ya que con esmero y constantes llamadas, hicieron que los pacientes accedieran a cumplir con el tratamiento, pero como nos muestra la tabla N° 05 hubo 2 pacientes que empezaron poco incumplidores y terminaron igual.

De los 9 pacientes no adherentes, 7 de ellos pasaron ser adherentes, eso quiere decir que cambiaron de actitud y tomaron conciencia a su bienestar físico y psicológico, es por eso que se aconsejó al paciente a seguir con la toma de sus medicamentos, se le aconsejó la manera de cómo almacenar los medicamentos, muchos de ellos aprendieron sobre los medicamentos que consumían, el esfuerzo, la atención, la comunicación, son actitudes que no pudieron faltar para lograr el objetivo. El resultado final del seguimiento farmacoterapéutico fue altamente significativo.

El cambio de los pacientes en cuanto a su conducta con respecto a la adherencia se muestra en el gráfico N°02. Para este análisis se evaluó las respuestas del paciente a cada una de las preguntas del test de Morisky en la que se consideró a los pacientes como incumplidores si respondían positivamente o si a todas las preguntas del test y completamente cumplidores si sus respuestas eran negativas. Entre ambos extremos se consideró un paciente muy incumplidor (con 2 o 3 respuestas positivas) o poco incumplidor (con 1 respuesta positiva).

Los resultados en el grafico N° 02 muestran que antes de la intervención el 58.3% de los intervenidos eran muy incumplidores porque respondían si a las 4 preguntas del test de Morisky, y el 16.7 % de los pacientes eran poco incumplidores porque respondían 2 o 3 respuestas positivas. Los resultados muestran que después de la intervención farmacéutica se mejora el nivel de adherencia, porque vemos al contrario, que 10 (80 %) pasan a ser cumplidores, pero sin embargo 2 (20%) de los pacientes siguen siendo poco incumplidores optando un porcentaje de 20%.

Las estrategias usadas para que los pacientes comprendan la naturaleza de su enfermedad, la importancia de tomar los medicamentos tal como indica el prescriptor y el mantenimiento de hábitos de vida saludables fueron las estrategias usadas para lograr el cambio de actitud de los pacientes.

El tomar los medicamentos en horas que no corresponden, pareciera ser una debilidad entre los pacientes, que puede estar asociado con la percepción errónea de la naturaleza y gravedad de la enfermedad y con no asumir responsablemente su auto cuidado. Esto podría confirmarse con los resultados que se verifica en la tabla N°05 que hubo un cambio porcentual importante en la actitud de 10 de los pacientes, al no tomar sus medicamentos en las pautas indicadas por el médico.

Según Armando et al¹⁰⁸. “La revisión en la literatura acerca de la influencia de la intervención farmacéutica sobre el cumplimiento terapéutico evidencia resultados diferentes y paradójicos. Las razones podrían estar en la metodología utilizada y en las condiciones de medición”. Así, Gil et al¹⁰⁹. “sostienen que el test de Morinsky - Green -Lavine sobreestima el no cumplimiento y no aconseja su uso en la práctica clínica”. Todo lo opuesto, Sen¹¹⁰. “concluye una alta especificidad del método sobre todo en la evaluación del paciente diabético”.

Según Rodríguez et al¹¹¹. “obtienen resultados similares a nuestro estudio. Barry reporta que el 75% de los pacientes con seguimiento farmacoterapéutico por farmacéuticos comunitarios mantuvieron su adherencia al tratamiento básicamente por la facilidad del farmacéutico para llegar en intervenciones educativas al paciente”.

En la misma línea, Sookaneknun et al¹¹². “encontraron una significancia del 0,014% y un cumplimiento del orden del 95%, respectivamente, entre los grupos intervenidos luego de la implementación de programas de SFT”. Armando et al¹¹³. “afirman que los procesos de seguimiento y educación al paciente permitirían que este participe activamente en el manejo de su enfermedad aumentando su compromiso y adherencia. Blenkinsopp y col. afirman incluso que la adherencia al tratamiento se mejora ya desde la primera visita educativa.

VI. CONCLUSIONES Y ASPECTOS COMPLEMENTARIOS

6.1. Conclusiones.

6.1.1. Los 12 pacientes con HTA intervenidos desde la Farmacia Yugoslavia del Distrito de Nuevo Chimbote presentaron problemas relacionados con medicamentos y sufrieron o estuvieron en riesgo de sufrir resultados negativos de la medicación.

6.1.2. Los pacientes incumplidores fueron intervenidos a través de estrategias educativas personalizadas con el fin de mejorar su adherencia al tratamiento.

6.1.3. Las estrategias utilizadas a través del SFT fueron efectivas en mejorar de manera significativa la adherencia al tratamiento.

6.2. Aspectos Complementarios.

6.2.1 Logros:

Se pudo brindar un mejor servicio al paciente, gracias al seguimiento Farmacoterapéutico y adherencia al tratamiento dándoles de esta manera calidad de vida.

Obtuvimos que los pacientes confíen plenamente en nosotros y nos cuenten sus problemas de salud para así poder ayudarlos en la toma y cumplimiento de sus medicamentos.

Se pudo obtener responsabilidad y eficiencia en el centro de trabajo desarrollado.

6.2.2 Limitaciones:

Falta de tiempo para una mejor organización con cada paciente.

Negativismo y desconfianza de parte de algunos pacientes para brindarnos su información personal ya que casi no se ve en el Perú SFT y actualmente nadie quiere hablar sobre sus problemas de salud.

6.2.3. Recomendaciones:

Se debe trabajar más con programas de seguimiento farmacoterapéutico y éstas deben ser implementadas, con el fin de continuar integrándonos cada vez más al equipo de salud y ver la manera de aportar con profesionalismo en la salud del paciente.

El trabajo debe ser en equipo.

Se debe educar más sobre estos temas de Hipertensión a los profesionales de la salud para que sepan cómo orientar a pacientes que lo padecen y evitar de éste modo futuros problemas.

Debemos implementar estos programas en los EEEFF públicos, para que de éste modo todos los pacientes que van ingresando lleven un registro completo de enfermedades y medicamentos que consumen.

Pedir a la Digemid que vigile su implementación en los EEEFF, ya que es muy importante para los pacientes.

Solicitar a la Digemid que publique normas estandarizadas para la ejecución del SFT por niveles de atención.

Es importante el establecer un espacio físico para que el Profesional Químico Farmacéutico pueda prestar el servicio de Atención Farmacéutica y ser remuneradas.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. FAUS, M.J. Pharmaceutical Care as a response to social need. *ArsPharmaceutica*, 41: 1; 137-143, 2000.
2. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *PharmCareEsp* 1999; 1: 35-47.
3. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J HospPharm*. 1990;47:533–543.
4. Frank R, Grizzle J. Drug-Related Morbidity and Mortality: Updating the Cost-of-Illness Model. *J Am Pharm Assoc*. 2001;41(2) © 2001 American Pharmacists Association.
5. PJ McDonnell and MR Jacobs. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 36, No. 9, pp. 1331-1336. DOI 10.1345/aph.1A333.
6. Manasse HR Jr. Medication use in an imperfect world: drug misadventuring as an issue of public policy, Part 1. *American Journal of Hospital Pharmacy*, Vol 46, Issue 5, 929-944.
7. Johson A. Bootman L. Drug-Related Morbidity and Mortality: A Cost-of-Illness Model. *Journal of Managed Care Pharmacy*. Vol 2, No.1 janIFeb 1996.
8. Ormeño LL. Ocampo P. Efecto de un programa de Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados. *farmacia metropolitana*. chimbote, 2014. In *Crescendo*. Ciencias de la Salud. 2015; 2(2): 312-322

9. Andrés Rodríguez. Atención farmacéutica en farmacia comunitaria: ¿es ya realidad o todavía un proyecto de futuro?. Discurso de ingreso como académico de número. Academia de Farmacia de Galicia. España. Santiago de Compostela, 2006.
10. Bonal y cols. Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. En: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Farmacia Hospitalaria Tomo I. Tomado desde: <http://www.sefh.es/sefhpublicaciones/fichalibrolibre.php?id=4>. El 16/08/2012.
11. Régulo Agusti C. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. Acta Médica Peruana. Lima. Mayo - Agosto. 2006; 23(2): 71-75. Disponible: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200005. El 10/07/13.
12. Ramalho de Oliveira D, Dupotey D. La investigación cualitativa en Farmacia. Aplicación en la Atención Farmacéutica. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences vol. 44, n. 4, out./dez., 2008.
13. Vásquez J. Ocampo P. Efecto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico sobre los niveles de presión arterial en pacientes hipertensos. Farmacia Metropolitana. Chimbote, 2013. In Crescendo. Ciencias de la Salud. 2016.
14. Márquez C. Casado M. Márquez C. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Tomado de <http://www.ub.edu/farmaciaclinica/projectes/webquest/WQ1/docs/marquez.pdf>. El 26/09/09.
15. Díaz K. López J. Cumplimiento terapéutico en el paciente hipertenso / Therapeutic compliance in patients with hypertension. Med. fam. (Caracas);7(2):47-51, jul.-dic. 1999. tab.

16. Ministerio de Salud. Política Nacional de Medicamentos. Consejo Nacional de Salud. Comité Nacional de Medicamentos. Tomado desde: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js18052es/>. El 13/09/2012.
17. Gonzales G. Fundamentos de Atención Farmacéutica Cap 11. Pontificia Universidad Católica de Chile. Tomado desde: http://cursos.puc.cl/unimit_qim_002-1/almacen/1220552779_ggonzale_sec4_pos0.pdf. El 16/08/2012.
18. Climente Martí M y Jiménez Torres NV. Manual para la Atención Farmacéutica. Tercera edición. Edita: AFAHPE. Hospital Universitario DrPeset. Valencia, 2005.
19. Martínez Morales M. y cols. La importancia de implementar un sistema de atención farmacéutica. México. Infármate. Año 4, Número 21-22. Septiembre-Diciembre 2008. Tomado desde: [www. Infarmate.org](http://www.infarmate.org). Tomado el 17/08/2012.
20. Flor Álvarez de Toledo (1), Pedro Arcos González (2) y Laura Cabiedes Miragaya (3). La Nueva Atención Farmacéutica: Puede La Intervención Farmacéutica Mejorar La Eficiencia Terapéutica?. RevEsp Salud Pública 1995; 69: 277-282.
21. Aguas Y. De Miguel E. Fernández Llimós F. El Seguimiento Farmacoterapéutico Como Innovación En Las Farmacias Comunitarias De Badajoz (España). PharmacyPractice, january-march, año 2005/vol. 3, número 001 Centro de Investigaciones y Publicaciones Farmacéuticas Granada, España pp. 10-16.
22. Pires CF, Costa MM, Angonesi D, Borges FP. Demanda del servicio de atención farmacéutica en una farmacia comunitaria privada. PharmacyPractice 2006; 4(1): 34-37.

23. Chamorro RA. Chamorro RM. Conocimiento E Implantación Del Seguimiento Farmacoterapéutico Por El Farmacéutico .PharmacyPractice, abril-junio, año 2005 /vol. 3, número 002 Centro de Investigaciones y Publicaciones Farmacéuticas Granada, España pp. 98-102.
24. Universidad Nacional mayor de San Marcos. Editorial: La Atención Farmacéutica. Ciencia e Investigación. Lima. VolIV(2)-2002. Tomado desde: sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/ciencia/v05_n2/Pdf/a01.pdf.
25. Clopes A. Intervención Farmacéutica. En: Bonal J. et al. Ed. Farmacia Hospitalaria. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Desde: http://sefh.interguias.com/libros/tomo1/Tomo1_Cap1.4pdf. Tomado el 20/05/05.
26. Clopes A. Intervenciones Farmacéuticas (parte II) Validación de la metodología utilizada para medir el impacto. Farm. Hosp. 2000; 24 (4): 2015-2020.
27. Garção JA. Cabrita J. Evaluation of a Pharmaceutical Care Program for Hypertensive Patients in Rural Portugal. J Am PharmAssoc 42(6):858-864, 2002. © 2002 American Pharmaceutical Association.
28. Campos C. Ocampo P. Eficacia de un programa de seguimiento farmacoterapéutico para aumentar la adherencia en pacientes hipertensos. Farmacia Día y Noche. Nuevo Chimbote, 2014. In Crescendo. Ciencias de la Salud.
29. Congreso de la República del Perú. Ley General de Salud N°26842. Lima Julio 1997. En: Ministerio de Salud. Normas legales y administrativas que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la Salud en el sector Salud. Oficina de Capacitación y Normas N°02. 2005. Tomado desde: http://bvs.minsa.gob.pe/local/RRHH/92_profosalud.pdf. El 17/08/2012.

30. Ocampo Rujel P. A. Impacto de un programa de atención farmacéutica sobre el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes hipertensos. in *crescendo* 1(2) 2010. Tomado desde: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S2222-30612010000200006&script=sci_abstract. El 02/03/20013.
31. Congreso de la República del Perú. Ley de Creación del Colegio Químico Farmacéutico del Perú. Diario Oficial El Peruano. Diciembre de 1964.
32. Congreso de la República. Ley de Trabajo del Químico Farmacéutico. Lima Febrero del 2004. En: Ministerio de Salud. Normas legales y administrativas que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la Salud en el sector Salud. Oficina de Capacitación y Normas N°02. 2005. Tomado desde: http://bvs.minsa.gob.pe/local/RRHH/92_profsalud.pdf. El 17/08/2012.
33. Congreso de la República del Perú. Ley 29459, Ley de productos farmacéuticos dispositivos médicos y productos sanitarios. Diario Oficial el Peruano. Lima 26 de Noviembre de 2009.
34. Presidencia de la república. Aprueban reglamento de establecimientos farmacéuticos, Decreto Supremo N°014-2011-SA. El Peruano. Lima 27 de Julio de 2011.
35. Presidencia de la república. Aprueban Reglamento de Registro Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, Decreto Supremo N°010-2011-TR. El Peruano. Lima 27 de Julio de 2011.
36. Ministerio de Salud. Reglamento de la ley de Creación del Colegio Químico Farmacéutico del Perú. Decreto Supremo N° 006-99-SA. Diario Oficial El Peruano. Diciembre de 1999.

37. Presidencia de la República. Reglamento de la Ley Ley 28173, Ley de Trabajo del Químico Farmacéutico del Perú. DS 008-2006-SA. Diario Oficial El Peruano. Octubre de 2006.
38. Sindicato Médico del Uruguay. El valor del medicamento: realidades y esperanzas de futuro. Mayo 2005. El Diario Médico N°65. Mayo de 2005. Tomado desde: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/eldiariomedico/n65/pag15.pdf>. El 28/08/2012.
39. Fernández -Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Martínez Martínez F. Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(4): 167-188.
40. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. Drug IntellClin Pharm 1990;24:7-1093.
41. Blasco P, Mariño EL, Aznar MT, Pol E, Alós M, Castells M et al. Desarrollo de un método observacional prospectivo de estudio de errores de Medicación para su aplicación en hospitales. FarmHosp 2001; 25:253-273.
42. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). ArsPharm 2007; 48 (1): 5-17.
43. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. PRM y RNM Conceptos. Portal Farma.com Organización Farmacéutica Colegial. FARMACÉUTICOS N.º 315 - Octubre 2006. Tomado desde: http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/forodeattfarma/Documents/28_29_Atencion_farma.pdf. Tomado el 14/07/2012.

44. Faus MJ, Fernández-Llimós F. Problemas Relacionados con Medicamentos: como factores de riesgo. Seguimiento Farmacoter 2003; 1(3): 147-148.
45. Hall V. Atención farmacéutica. Seguimiento del tratamiento farmacológico. Universidad de Costa Rica. Centro Nacional de Información de Medicamentos. Enero de 2003. Consultado el 07 de Marzo del 2015. Disponible en: <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed14.pdf>.
46. Culbertson L, Larson A, Cady S, Kale M, Force W., —A conceptual framework for defining pharmaceutical diagnosis,|| Am. J.Pharm. Educ., 61, 1218(1997). Consultado el 07 de Marzo del 2015. Disponible en: <http://archive.ajpe.org/legacy/pdfs/aj610112.pdf>.
47. Hurley SC. A Method of Documenting Pharmaceutical Care Utilizing Pharmaceutical Diagnosis. American Journal of Pharmaceutical Education Vol. 62, Summer 1998.
48. Ferriols R. Valoración de la Atención Farmacéutica en los problemas relacionados con los medicamentos. Presentado en XLIV Congreso Nacional SEFH. Septiembre 1999. Pamplona.
49. Calvo MV, Alós M, Giraldez J. Grupo de Trabajo Atención Farmacéutica. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Bases de la Atención Farmacéutica en Farmacia Hospitalaria. FarmHosp 2006; 30:120-3.
50. Sabater Hernández D, Silva Castro MM, FausDáder MJ. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Tercera edición, 2007.
51. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Manual de Buenas Prácticas de Prescripción. 2005. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. — Lima. Disponible desde: <http://www.minsa.gob.pe/infodigemid>.

52. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Norma Técnica de Buenas Prácticas de Dispensación. Tomado desde: www.digemid.minsa.gob.pe. El 13 de Julio de 2012.
53. Basterra G. El cumplimiento terapéutico. *PharmCareEsp* 1999; 1: 97-106, 97 tomado desde: <http://www.cqfperu.org/af/artInteres/af200511cumpliTerape.pdf> el 16/07/13
54. Osterberg L. Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353:487-97. Downloaded from www.nejm.org on November 18, 2009.
55. Libertad MA. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública* 2004;30(4). Tomado de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm El 18/07/2013.
56. Márquez E. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. Centro de Salud la Orden, Huelva, España. En <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c053/marquez.PDF>. Tomado el 06/02/13.
57. Tapia M. ADHESION AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ANTIHIPERTENSIVO EN EL HOSPITAL DE CHAITEN 2005. Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina. Valdivia Chile 2006. <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmt172a/doc/fmt172a.pdf> Tomado 23/07/13.
58. Patient-reported adherence to guidelines of the Sixth Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Pharmacotherapy*. 2001, 21(7):828-41.
59. Castro S, Tuneui I, Faus J. Revisión sistemática sobre la implantación y la evaluación del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados. *Farm. Hosp.*2010;34: 106–124. Consultado el 03 de Marzo del 2015. Disponible en: <http://www.elsevier.es>

60. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). *PharmacyPractice* 2006; 4(1): 44-53.
61. Organización Panamericana de Salud. El Papel Del Farmacéutico En El Sistema De Atención De Salud. Informe de La Reunión de la OMS Tokio, Japón, 31 de agosto al 3 de septiembre de 1993. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de La Organización Mundial de la Salud.
62. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de España. Consenso sobre Atención Farmacéutica. *ArsPharmaceutica*, 42:3-4; 221-241, 2001.
63. En el tercer Consenso de Granada (2007) sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos de la medicación (RNM), se aceptaron las definiciones propuestas por el foro de Atención farmacéutica, un grupo de debate constructivo formado por representantes de distintas instituciones de todos los ámbitos de interés relacionados con AF en España.
64. Comité de Consenso: Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). *ArsPharmaceutica*, 43:3-4; 179-187, 2002.
65. Gaspar Carreño M. Seguimiento de la Intervención Farmacéutica en un hospital dedicado a la cirugía ortopédica traumatológica tras el establecimiento e implantación de un programa de atención farmacéutica. TESIS DOCTORAL. Universidad CEU Cardenal-Herrera Facultad de Farmacia. Departamento de Fisiología, Farmacología y Toxicología. Valencia España 2011.
66. Gonzales G. Fundamentos de Atención Farmacéutica Cap. 11. Pontificia Universidad Católica de Chile. Consultado el 04 de Marzo del 2015. Disponible en:
http://cursos.puc.cl/unimit_qim_0021/almacen/1220552779_ggonzale_sec4_pos0.pdf.

67. Martínez Sánchez AM. 2000. EL CONCEPTO ATENCIÓN FARMACÉUTICA. SUS INFLUENCIAS GNOSEOLÓGICAS EN EL CONTEXTO DE LA PROFESIÓN. Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle, enero, año/vol. 4, número 014 Universidad La Salle Distrito Federal, México. pp. 83-85.
68. Van Mil J.W.F. Pharmaceutical Care, the Future of Pharmacy. Theory, research and practice. Dissertation. Druk: Drukkerij De Volharding, Groningen. J.W.F. van Mil, Zuidlaren, 1999. Gezduit Monotype Spectrum (J. v. Krimpen/S.L. Hartz). ISBN: 90-9013367-4.
69. Clopes A. Bonal J. Intervención Farmacéutica. Ed. Farmacia Hospitalaria. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Consultado el 04 de Marzo del 2015. Disponible en: http://sefh.interguias.com/libros/tomo1/Tomo1_Cap1.4pdf.
70. Machuca GM. Atención Farmacéutica, seguimiento fármaco terapéutico, Pharmaceuticalcare: es lo mismo?. Farmacoterapia Social. España 2006. Disponible desde: www.farmacoterapiasocial.es/local/capitulo1.pdf.
71. Climenti Martí M. y Jiménez Torres NV. Manual para la Atención Farmacéutica. Tercera edición. Edita: AFAHPE. Hospital Universitario DrPeset. Valencia, 2005.
72. Grainger-Rousseau TJ, Miralles MA, Hepler CD, Segal R, Doty RE, Ben-Joseph R. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. J Am Pharm Assoc (Wash). 1997 Nov-Dec;NS37(6):647-61

73. Ocampo P. Impacto de un programa de atención farmacéutica sobre el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes hipertensos. in *crescendo*. 2010. Consultado el 04 de Marzo del 2015. Disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S222230612010000200006&script=sci_abstract.
74. BARRIS D. FAUS M J. An initiation in Dáder methodology in the pharmacotherapeutic monitoring in a community pharmac. *Ars Pharmaceutica*, 44:3; 225-237, 2003.
75. Fajardo PC, Baena MI, Alcaide Andrade J, Martínez Olmos J, Faus MJ, Martínez-Martínez F. Adaptación del Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico al nivel asistencial de atención primaria. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(3): 158-164.
76. Desselle S. Schwartz M. Rappaport HM. The Identification of Pharmaceutical Care Practice Standards in the Community Pharmacy Setting. *Journal of Pharmaceutical Care*, published by the School of Pharmacy of Northeast Louisiana University at Monroe LA. Volume 1, Article 3. February 1997.
77. Faus D, M.J. Programa Dader. *Pharmaceutical Care España*. 2000; 2:73-74.
78. Garnet R, Davis J, Mckenney M, Steiner C. Effect of telephone follow-up on medication compliance. *Am J Hosp Pharm* 1981; 38: 676-679.
79. Boswort HB, Olsen MK, Gentry P, Orr M, Dudley T, Mcant F. Nurse administered telephone intervention for blood pressure control: a patient-tallored multifactorial intervention. *Patient Educ Couns* 2005; 57: 5-14.
80. Sabater D, Fernandez-Llimos F, Parras M, Faus MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(2): 90-97.

81. OMS. OPS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 2004.
82. PÁEZ O. MAJUL C. Riesgo cardiovascular y su relación con las presiones arteriales sistólica, diastólica y diferencial (o presión del pulso. Boletín del consejo argentino de hipertensión arterial. Bs Aires. 2002, boletín N°02.
83. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. NIH Publication No. 03 - 5233.
84. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Bethesda, Md: National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health; 2003 NIH Publication 03-5233 Desde: www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7.pdf. Tomado el 30/01/08.
85. Rojas DA. Atención farmacéutica en pacientes hipertensos adultos mayores. Informe de práctica prolongada para optar al título de Químico Farmacéutico. Universidad de Chile. Santiago de Chile 2005.
86. Tiesca MR. Guallar CP. Banegas BJ. Graciani PARA. FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS EN ESPAÑA. Revista Española de Salud Pública, mayo-junio, año/vol. 80, número 003 Ministerio de Sanidad y Consumo de España Madrid, España. pp. 233-242.
87. Pascuzzo LC. Mariagne CN. Terapia farmacológica en hipertensión arterial. Farmacología Básica. Libro de edición digital. Desde: <http://www.geocities.com/carminepascuzzolima/>. Tomado el 28/01/08.

88. World Health Organization. Europe: Pharmacy-Based Hypertension Management Model: Protocol and Guidelines. A joint CINDI/EuroPharm Forum project 2005. EUR/04/5049481. ISBN WHOLIS: E85730.
89. Castells E., Hipertension Arterial. Citado el 08 de marzo del 2015. Disponible en:
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/htaurg.pdf>
90. Joaquín SellénCrombet (2007) Hipertensión arterial: diagnóstico, tratamiento y control (Tesis grado científico de Doctor en Ciencias Médicas). Hospital General Calixto García. Facultad de Ciencias Médicas. Ciudad de la Habana - Cuba.
91. Iza-Stoll A. Tratamiento de la hipertensión arterial primaria. Acta Med Per. 23(2) 2006 93.
92. Brodie DC. Drug use control: keystone to pharmaceutical service. DrugIntellClinPharm. 1966; 20(2): 116-117.
93. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Método DADER para el seguimiento Farmacoterapéutico. ArsPharm 2005; 46 (4): 309-337.
94. Granados G. Rosales Nieto JG. Moreno E. Ybarra JL. Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2007, Vol. 7, N° 3, pp. 697-707. ISSN 1697-2600.
95. Morisky E, Green W, Levine M. Concurrent and Predictive Validity of a SelfReported Measure of Medication Adherence. Medical Care, Vol. 24, No. 1 (Jan., 1986), pp. 67-74.

96. García M, Puig M, Mateu MS, Bonet M. Fuentes de información de medicamentos. En: Carnicero J (Coordinador). La gestión del medicamento en los Servicios de Salud. Informes SEIS (8). Pamplona: Sociedad Española de Informática de la Salud, 2008. <http://www.seis.es>.
97. World Medical Association. Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subject. Edinburgh: 52nd WMA General Assembly (online). Citado el 08 de Marzo del 2015. Disponible en : http://www.wma.net/e/policy/17-c_e.html
98. Vázquez V. Chacón J. Espejo J. Faus MJ. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN UNA FARMACIA COMUNITARIA. PharmacyPractice, july-september, año/vol. 2, número 003. 2004. Centro de Investigaciones y Publicaciones armacéuticas Granada, España pp. 189-194.
99. Muñoz, C. Promoción de la adherencia al tratamiento antihipertensivo e implementación de un programa de atención farmacéutica a pacientes hipertensos del hospital regional Juan José Ortega, Coatepeque, Quetzaltenango|| Universidad San Carlos – Guatemala, Noviembre del 2012, consultado el 08 de Marzo del 2015.
100. Cabiedes Miragaya Laura, Ellaralar Riera Teresa, Arcos González Pedro, Álvarez de Toledo Flor, Álvarez Sánchez Gabriela. Evaluación económica de la atención farmacéutica (AF) en oficinas de farmacia comunitarias (Proyecto Tomcor). Rev. Esp. Econ. Salud 2002; 1(4):45-59. Citado el 09 de Marzo del 2015. Disponible en: http://www.economiadelasalud.com/Ediciones/04/pdf/04_Originales.pdf
101. Escobar C. Diabetes mellitus en la población hipertensa asistida en Atención Primaria en España. Grado de control tensional y lipídico. Revista Clínica Española. Mayo 2007. Consultado el 09 de Marzo del 2015. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256507733660>.

102. Vivencio A, Campuzano R. Prevención Primaria con Aspirina en la Hipertensión Arterial. Rev. Costarricense de Cardiología, vol.4 n.2. San José Aug. 2002. Consultado el 11 de marzo del 2015. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140941422002000200006
103. García J, Gonseski Carolina, González T, Franco F. Renoprotección en diabetes e hipertensión. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina - N° 144 – Abril 2005. Pág. 11-15. Consultado el 11 de marzo del 2015. Disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista144/4_144.htm
104. González J, Rivera R, Sánchez G, Reviriego A, Casimiro C. Estudio Tarvest: Efecto del tratamiento con AINE sobre la presión arterial en pacientes hipertensos con riesgo cardiovascular elevado. An. Med. Interna (Madrid) v.23 n.9 Madrid sep. 2006.
105. Allard J, Hebert R, Rioux M, Asselin J, Voyer L. Efficacy of a clinical medication review on the number of potentially inappropriate prescriptions prescribed for community-dwelling elderly people. CMAJ 2001; 164(9):1291
106. Vivian E. Improving Blood Pressure Control in a Pharmacist-Managed Hypertension Clinic. Pharmacotherapy 22(12):1533-1540, 2002. © 2002 Pharmacotherapy Publications.
107. Basterra GM. El cumplimiento terapéutico. Pharmcareesp 1999; 1: 97-106.
108. Armando P, Semería N, Tenllado M, Sola N. Seguimiento farmacoterapéutico de pacientes en farmacias comunitarias. Aten Primaria. 2005;36:129-34. - vol.36 núm 03.

109. Gil V, Pineda M, Martínez JL, Belda J, Santos MA y Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial. *MedClin (Barc)* 1994; 102: 532-536.
110. Sen S, Thomas III J. Assessment of a Patient-based Pharmaceutical Care Scale. *Am J Health-Syst Pharm* 57(17):1592-1598, 2000. © 2000 American Society of Health-System Pharmacists.
111. Rodríguez Chamorro MA, Rodríguez Chamorro A, García Jiménez E. Conocimiento y satisfacción por el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes incluidos en el programa Dáder en dos farmacias rurales. *SeguimFarmacoter* 2004; 2(2): 286-290.
112. Sookaneknun P, Richards RME, Sanguansermisri J, Teerasut Ch. Pharmacist Involvement in Primary Care Improves Hypertensive Patient Clinical Outcomes. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 38, No. 12, pp. 2023-2028. DOI 10.1345/aph.1D605. Published Online, 2 November 2004, www.theannals.com, DOI 10.1345/aph.1D605.
113. Armando P, Uema S, Sola N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 205-212.

VIII. ANEXOS

8.1. ANEXO. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico

Declaración del paciente:

- 1.- Acepto libremente participar de este programa de Seguimiento Fármaco Terapéutico desarrollado por el Establecimiento Farmacéutico del Centro de Salud Yugoslavia y que forma parte de una estrategia para mejorar el estado Integral de mi salud.
- 2.- Estoy en conocimiento que este servicio de Atención Farmacéutica es gratuito durante el tiempo que dure este estudio y que tengo la libertad de abandonarlo cuando lo estime conveniente.
- 3.- Estoy en conocimiento que el programa no contempla la donación ni venta de ningún tipo de medicamento. Las acciones son solo de tipo educativo y el seguimiento de indicadores de salud.
- 4.- Me comprometo a que toda la información entregada por mí sea fidedigna.
- 5.- Toda información que entregue a los investigadores será absolutamente confidencial y no podrá ser divulgada a terceros sin mi autorización.
- 6.- Autorizo que el Farmacéutico encargado del SFT llame al médico tratante para intercambiar puntos de vista sobre mi tratamiento.
- 7.- Autorizo para que los resultados de las encuestas y fichas de información que responda como parte de la investigación puedan analizarse y presentarse como resultados dentro de un Informe final, manteniendo mi anonimato.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ COD* _____
DIRECCION: _____
TELEFONO: _____

FIRMA: _____
DNI: _____

NOMBRE DEL QUIMICO FARMACÉUTICO: _____
TELÉFONO: _____

FIRMA: _____
DNI: _____

FECHA: ____/____/____
FECHA DE PRIMERA VISITA: ____/____/____

8.2. FICHAS FARMACOTERAPEUTICAS.

FICHA 01. INFORMACION PERSONAL DEL PACIENTE. Programa de Atención Farmacéutica.
EEFF/Centro/Puesto de Salud de.....

COD° PACIENTE: _____ FECHA: ____/____/____

1.1.- DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____ SEXO: _____
 DIRECCIÓN: _____ ZONA: _____
 TELÉFONO DOMICILIO: _____ OTRO _____ (MAIL): _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: ____ AÑOS: _____
 GRADO DE ESTUDIOS: ANALFABETO PRIMARIA SECUNDARIA ... SUPERIOR.....
 TIENE SEGURO SI: ___ NO: ___ SEGURO INTEGRAL (SIS): ___ ESSALUD: ___ PRIVADO: _____
 OTRO CUAL?: _____
 EL SEGURO PRIVADO CUBRE LOS MEDICAMENTOS TOTALMENTE: SI: _____ NO: _____

1.2.- DATOS DEL MÉDICO Y/O INSTITUCION DONDE EL PACIENTE CONTROLA SU TRATAMIENTO PARA LAS ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS.

N°	NOMBRE DEL MEDICO	ESTABLECIMIENTO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO

1.3.-PROBLEMAS DE SALUD QUE SUFRE O PERCIBE EL PACIENTE AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA (diagnosticadas o no diagnosticadas):

NOMBRE DEL PROBLEMA DE SALUD, SIGNO O SINTOMA PERCIBIDO POR EL PACIENTE	Tiene Dx?	QUIEN LE DIAGNOSTICO?	TELÉFONO

Asistir con el paciente para que declare TODAS Problemas de Salud diagnosticados o no que sufre o percibe al momento de la entrevista. Estos problemas son la causa directa o potencial del uso de medicamentos.

8.3.ANEXO N°7.3.1 FICHA FFT (HOJA 1). REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE, DE SU ENFERMEDAD DE SUS MEDICAMENTOS Y DEL MEDICO PRESCRIPTOR.

1.4.- MEDICAMENTOS QUE TOMA EL PACIENTE PARA SUS PROBLEMAS DE SALUD EN ESTE MOMENTO (RECUENTO DE TABLETAS en color gris).

N°	NOMBRE DEL MEDICAMENTO (el cual fue prescrito comercial o genérico)	DO	Forma Farma	A: DOSIS (mg)	B: FREC. DE DOSES (n/día)	C: Días que debe tomarse el medicam.	(B x C): Total de med. Prescritos	FECHA DE PRESCR.

Escribir todos los medicamentos que el paciente toma para las enfermedades descritas en el cuadro anterior. En los recuadros solo escribir números de acuerdo a las unidades del encabezado.

1.5. TIENE USTED ALGÚN PROBLEMA CON LA TOMA DE ALGUNO DE ESTOS MEDICAMENTOS?

N°	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA, MALESTAR, SENSACIÓN U OTRO.	ACCIONES DEL PACIENTE PARA SOLUCIONAR ESTOS PROBLEMAS

Preguntar sobre molestias, sensaciones, percepciones negativas que tiene el paciente luego de tomar alguno de los medicamentos de la lista anterior. Para este propósito usar la Ficha N°3 para el reposo anatómico fisiológico. Si el paciente declara algún problema preguntar que hace para solucionarlo.

1.6.- SIGUE ALGUN TRATAMIENTO CON REMEDIOS CASEROS, NATURALES O ALTERNATIVOS?

N°	NOMBRE DE LOS REMEDIOS CASEROS	DESCRIPCIÓN	DOSIS	FRECUENCIA	DESDE CUANDO

1.7.- PARÁMETROS DE SEGUIMIENTO:

VISITA N°:	1	2	3	4
FECHA				
PRESIÓN ARTERIAL (en mm de Hg)				
GLUCEMIA				
PESO (en Kg)				
TALLA (en cm)				
Temperatura (en °C)				
OTRO				

Los parámetros de seguimiento deben medirse cada vez que se tenga contacto con el paciente. Sobre todo presión arterial y glicemia.

1.8.- QUE OTRAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES* HA SUFRIDO PREVIAMENTE?

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD*, ACCIDENTE O DAÑO	Tuvo Dx?	QUIEN LE DIAGNOSTICO?	TELÉF	Molesta ahora?

*Las enfermedades del pasado, cirugías, accidentes, traumas, etc. Pueden dejar secuelas, signos o síntomas que podrían ser el origen de medicamentos en el presente. Si es así, constatar como enfermedad actual.

1.9.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD:

ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANOS	OTROS
HIPERTENSIÓN				
DIABETES				
COLESTEROL				
OTRA:				

Observaciones: _____

Los antecedentes de morbilidad en los parientes cercanos podría ser la relación con signos, síntomas o malestar actuales en el paciente.

1.10.- HABITOS DE VIDA:

HÁBITOS:	DESCRIBIR:	INDICACION DEL MEDICO AL RESPECTO
Uso de aceite al cocinar		
Uso de sal al cocinar		
Consumo de alcohol	VECES POR SEMANA: ____ NO ____	
Fuma cigarrillos o alguien en casa lo hace?	SI: ____ NO: ____ CANTIDAD AL DIA: _____	
Hace ejercicios:	CAMINA: ____ CORRE: ____ GRUASO: ____ PESAS: ____ BIICLETA: ____ OTRO: ____	VECES POR SEMANA: ____
Consumo de café	SI: ____ NO: ____ TAZAS DIARIAS: _____	
Dieta:	SI: ____ NO: ____ Describir: _____	

Los hábitos de vida sobre todo los recomendados por el prescriptor, deben ser reforzados por el farmacéutico. Además permite percibir la actitud general del paciente hacia su enfermedad.

COD INTERV: _____

8.4. ANEXO N°7.3.2 FICHA FFT (HOJA 2). REGISTRO DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE CONSUME PARA OTRAS ENFERMEDADES CONCOMITANTES.

FICHA 02. HOJA DE INFORMACION FARMACOTERAPÉUTICA. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF /Centro/Puesto de Salud de

PACIENTE COD. N°:
NOMBRE:

FECHA:

2.1. MEDICAMENTOS QUE TOMA EL PACIENTE PARA OTRA ENFERMEDAD.

Nombre 1: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿lo toma?	6. ¿cuánto toma?
2. ¿para qué?	7. ¿cómo lo toma?
3. ¿quién lo recetó?	8. ¿hasta cuándo lo tomará?
4. ¿cómo le va?	9. ¿tiene dificultad para tomarlo?
5. ¿desde cuándo lo toma?	10. ¿siente algo extraño luego de tomarlo?
Nombre 2: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿lo toma?	6. ¿cuánto toma?
2. ¿para qué?	7. ¿cómo lo toma?
3. ¿quién lo recetó?	8. ¿hasta cuándo lo tomará?
4. ¿cómo le va?	9. ¿tiene dificultad para tomarlo?
5. ¿desde cuándo lo toma?	10. ¿siente algo extraño luego de tomarlo?
Nombre 3: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿lo toma?	6. ¿cuánto toma?
2. ¿para qué?	7. ¿cómo lo toma?
3. ¿quién lo recetó?	8. ¿hasta cuándo lo tomará?
4. ¿cómo le va?	9. ¿tiene dificultad para tomarlo?
5. ¿desde cuándo lo toma?	10. ¿siente algo extraño luego de tomarlo?
Nombre 4: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿lo toma?	6. ¿cuánto toma?
2. ¿para qué?	7. ¿cómo lo toma?
3. ¿quién lo recetó?	8. ¿hasta cuándo lo tomará?
4. ¿cómo le va?	9. ¿tiene dificultad para tomarlo?
5. ¿desde cuándo lo toma?	10. ¿siente algo extraño luego de tomarlo?
Nombre 5: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿lo toma?	6. ¿cuánto toma?
2. ¿para qué?	7. ¿cómo lo toma?
3. ¿quién lo recetó?	8. ¿hasta cuándo lo tomará?
4. ¿cómo le va?	9. ¿tiene dificultad para tomarlo?
5. ¿desde cuándo lo toma?	10. ¿siente algo extraño luego de tomarlo?
Nombre 6: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿lo toma?	6. ¿cuánto toma?
2. ¿para qué?	7. ¿cómo lo toma?
3. ¿quién lo recetó?	8. ¿hasta cuándo lo tomará?
4. ¿cómo le va?	9. ¿tiene dificultad para tomarlo?
5. ¿desde cuándo lo toma?	10. ¿siente algo extraño luego de tomarlo?

De esta averiguación pueden identificarse no solo medicamentos, si no sobre todo enfermedades para las cuales se usa estos medicamentos

2.2. MEDICAMENTOS QUE TIENE Y NO TOMA. (REVISIÓN DEL BOTIQUÍN DE MEDICAMENTOS)

Nombre 1:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 2:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 3:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 4:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 5:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 6:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 7:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?

Esta lista de medicamentos puede verificarse en caso que el Farmacéutico tenga acceso al botiquín de medicamentos en el domicilio del paciente. Elaborar este listado tiene dos fines: 1) Identificar uso eventual de medicamentos y 2) Educar a paciente para evitar prácticas irracionales de uso, detectar vencidos, en mal estado, adulterados, etc

OO INTERV:

8.5. ANEXO N°7.3.3 FICHA FFT. (HOJA 3). GUÍA ANATÓMICA DE REPASO PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS.

FICHA US. GUÍA ANATOMICA DE REPASO PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS DE SALUD. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF/Centro/Puesto de Salud de

PACIENTE COD. N°:
NOMBRE:

FECHA:

Percibe usted alguna sensación extraña en algunos de estos órganos o después de tomar sus medicamentos siente que tiene problemas con (anotar de prolijamente los eventos y los medicamentos relacionados):

- PELO:
- CABEZA:
- OIDOS, OJOS, NARIZ, GARGANTA:
- BOCA (llagas, sequedad...):
- CUELLO:
- MANOS (dedos, uñas...):
- BRAZOS Y MÚSCULOS:
- CORAZÓN:
- PULMÓN:
- DIGESTIVO:
- RIÑÓN (orina...):
- HÍGADO:
- GENITALES:
- PIERNAS:
- PIÉS (dedos, uñas):
- MÚSCULO ESQUELÉTICO (gota, dolor espalda, tendinitis...):
- PIEL (sequedad, erupción...):
- ALTERACIONES PSICOLÓGICAS (depresiones, epilepsia...):
- PARÁMETROS ANORMALES (Tª, PA, colesterol...):
- TABACO:
- ALCOHOL:
- CAFÉ:
- OTRAS DROGAS:
- SUS HABITOS ANORMALES (ejercicio, dieta...):
- VITAMINAS Y MINERALES:
- VACUNAS:
- ALERGIAS MEDICAMENTOS Y/O SOSPECHAS DE RAM:
- Situaciones fisiológicas (y fecha):
- OBSERVACIONES:

COD INTERV:

8.6. ANEXO N°7.3.4 FICHA FFT (HOJA 4). HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA.

FICHA 04. HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA.

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Establecimiento Farmacéutico/Centro/Puesto de Salud de Chimbote/Trujillo 2009.

PACIENTE COD N°:

NOMBRE:

4.1.- MEDICAMENTOS Y/O MORBILIDAD INVOLUCRADOS EN EL POTENCIAL PRM.

N°	NOMBRE DEL MEDICAMENTO* O MORBILIDAD**	FFPP	DOSIS REC.	FREC. DE DOSIS/DIA	FECHA DE PRESCR.

*Si el PRM detectado involucra a todos los medicamentos, como errores de prescripción o almacenamiento de medicamentos, etc. El nombre de medicamentos debe consignarse todos.

**Una morbilidad puede ser el origen de PRMs tales como 11 o 12.

4.2.- DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL PRM:

PRM	Descripción	PRM	Descripción
1. Administración errónea del medicamento:		9. Incumplimiento:	
2. Actitudes negativas del paciente:		10. Interacciones:	
3. Conservación inadecuada:		11. Otros problemas de salud que afectan al tratamiento:	
4. Contraindicación:		12. Probabilidad de efectos adversos:	
5. Dosis, pauta y/o duración no adecuada:		13. Problema de salud insuficientemente tratado:	
6. Duplicidad:		14. Influencias culturales, religiosas o creencias:	
7. Errores en la dispensación:		15. Medicamentos falsificados, espurios, de contrabando o muestras médicas:	
8. Errores en la prescripción:		16. Problemas económicos:	

COD INTERV:

8.7. ANEXO N°7.3.5 FICHA FFT (HOJA 4, SEGUNDA PARTE). HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA.

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

La acción considerada para la solución del PRM debe encajar en alguna de las categorías de la siguiente tabla.

Categoría	N°	Intervención	Acción
Intervenir sobre cantidad de medicamento	1	Modificar la dosis	Ajuste de la cantidad de fármaco que se administra de una vez.
	2	Modificar la frecuencia de dosis o tiempo de to.	Cambio en la frecuencia y/o duración del tratamiento.
	3	Modificar la pauta de administración (redistribución de la cantidad)	Cambio del esquema por el cual quedan repartidas las tomas del medicamento a lo largo de un día.
Intervenir sobre la estrategia farmacológica	4	Añadir un medicamento(s)	Incorporación de un nuevo medicamento que no utilizaba el paciente.
	5	Retirar un medicamento(s)	Abandono de la administración de un determinado(s) medicamento(s) de los que utiliza el paciente.
	6	Sustituir un medicamento(s)	Reemplazo de algún medicamento de los que utilizaba el paciente por otros de composición diferente, o bien de diferente forma farmacéutica o vía de administración.
Intervenir sobre la educación al paciente	7	Disminuir el incumplimiento involuntario (educar en el uso del medicamento)	Educación en las instrucciones y precauciones para la correcta utilización y administración del medicamento.
	8	Disminuir el incumplimiento voluntario (modificar actitudes respecto al tratamiento)	Refuerzo de la importancia de la adhesión del paciente a su tratamiento.
	9	Educar en medidas no farmacológicas	Educación del paciente en todas aquellas medidas higiénico-dietéticas que favorezcan la consecución de los objetivos terapéuticos.

COMENTARIO:

8.8. ANEXO N°7.3.6 FICHA FFT (HOJA 4, TERCERA PARTE). HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA.

4.5. VÍA DE COMUNICACIÓN PARA COMUNICAR LA SOLUCIÓN AL PROBLEMA:

- 1. Verbal farmacéutico – paciente
- 2. Escrita farmacéutico – paciente
- 3. Verbal farmacéutico – paciente – médico
- 4. Escrita farmacéutico – paciente – médico
- 5. Directa farmacéutico – Médico

COO INTERV:

4.6. RESULTADO:

Solución	PRM resuelto	PRM no resuelto
Aceptación		
Intervención aceptada		
Intervención no aceptada		

¿QUÉ OCURRIÓ CON LOS PRMs QUE NO SE RESOLVIERON?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.7. RESULTADO DE LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE DEL EFECTO DEL TRATAMIENTO SOBRE EL PROBLEMA DE SALUD QUE MOTIVO DE LA PRESCRIPCIÓN. El paciente refiere que luego de cumplir con las indicaciones del médico y tomar los medicamentos prescritos se siente:

- A) PEOR B) IGUAL C) MEJOR D) CURADO

8.9. ANEXO N°7.3.7 FICHA FFT (HOJA 4, CUARTA PARTE). HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA.

4.3. LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS PUEDEN DESENCADENAR UN RESULTADO NEGATIVO DE LA MEDICACIÓN (RNM):

N°	Clasificación del RNM	Descripción del RNM	PRM origen
1	Necesidad	Problema de Salud no tratado. El paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir una medicación que necesita.	
2		Efecto de medicamento innecesario. El paciente sufre un problema de salud asociado a recibir un medicamento que no necesita.	
3	Efectividad	Inefectividad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad no cuantitativa de la medicación.	
4		Inefectividad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad cuantitativa de la medicación.	
5	Seguridad	Inseguridad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad no cuantitativa de un medicamento.	
6		Inseguridad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad cuantitativa de un medicamento.	

Fecha final de la Intervención: _____

8.10. ANEXO N°7.3.8 FICHA FFT (HOJA 5). HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA.

FICHA 06. HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF/Centro/Puesto de Salud de

COD° PACIENTE: _____ FECHA: ____/____/____

5.1. NÚMERO DE CONTACTOS UTILIZADOS DURANTE LA INTERVENCIÓN:

N°	Lugar donde se encontraba el paciente	Medio de comunicación	t invertido (min)

Clave	Lugar donde encontraba el paciente
1	Est. Farmacéutico
2	Domicilio
3	Otro: _____

Clave	Medio de comunicación
1	Oral cara a cara
2	escrito
3	correo electrónico
4	Oral por teléfono
5	Otro: _____

6. Fecha final de la Intervención (visita domiciliaria):.....

COD INTERV:

8.11. ANEXO N°7.3.9 FICHA FFT (HOJA 6). TEST PARA MEDIR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. TEST DE MORISKY.

FICHA 06. TEST PARA MEDIR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF/Centro/Puesto de Salud de

COD* PACIENTE: _____ FECHA: ____/____/____

1.- ESCALA DE ADHERENCIA A LA MEDICACION (MAS) DE MORISKY- GREEN – LEVINE.
Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ COD _____

FECHA: ____/____/____

PREGUNTA	VALOR DE LA RESPUESTA	
	SI	NO
¿Cuándo le indican tomar medicamentos, con que frecuencia se olvida de tomarlos? Por ejemplo si se los recetan para 7 días cuantos días deja de tomarlos? SI= por lo menos 1 vez, NO = ninguna vez.		
¿Y en cuanto a la hora de tomarlos, cuántas veces en una semana se olvida de hacerlo a la hora indicada? SI= por lo menos 1 vez, NO = ninguna vez.		
¿Y cuando se siente bien, antes de terminar el tiempo indicado de uso de tus medicamentos, deja de tomarlos? SI= 1, nunca: NO = 0.		
¿Y cuando siente que los medicamentos le caen mal, los deja de tomar? SI= 1, nunca: NO = 0.		

OBSERVACIONES:

.....
.....

COD INTERV:

8.12. ANEXO N°7.3.10 FICHA FFT (HOJA 6, SEGUNDA PARTE). TEST PARA MEDIR LA SATISFACCIÓN DEL SERVICIO. TEST DE PURDUE.

TEST DE PURDUE PARA EVALUACIÓN EN EL PACIENTE DE LA SATISFACCIÓN DEL SERVICIO (98). Programa de Atención Farmacéutica para paciente hipertenso. Farmacia Comunitaria ULADECH.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ COD* _____

FIRMA: _____

FECHA: ____ / ____ / ____

PREGUNTA	RESPUESTA					
	0	1	2	3	4	5
1. El farmacéutico se toma todo el tiempo que sea necesario para evaluar su problema?						
2. Su farmacéutico le ha dejado alguna información sobre como tomar sus medicamentos?						
3. El farmacéutico le ha explicado como sospechar si el medicamento le está chocando?						
4. Su farmacéutico le ha recalado sobre la forma como debe manejar su terapia sin recriminarle si estuvo bien o mal?						
5. Su farmacéutico sabe como explicar las cosas de una forma que asegure que usted siempre las entienda.						
6. Cuando ha tenido alguna duda sobre como tomar sus medicamentos el farmacéutico siempre ha estado a su disposición?						
7. Su farmacéutico lo ha visitado de manera regular para verificar si ha seguido las indicaciones dejadas.						
8. Su farmacéutico le ha dicho a quien debe contactar si necesita alguna ayuda con el manejo de los medicamentos y su enfermedad.						
9. El farmacéutico se interesa mucho en mi como persona.						
10. Su farmacéutico le ha motivado para que usted asuma su responsabilidad con respecto al éxito de la toma de sus medicamentos.						
11. Tiene usted que esperar mucho tiempo para poder hablar con el farmacéutico.						
12. El Farmacéutico le ha dicho alguna vez que no tiene tiempo para hablar con usted.						
13. Tiene usted problemas para entender a su farmacéutico.						
14. Cuando habla con el farmacéutico siente usted que no le pone atención a su problema.						
15. Cree usted que su farmacéutico se interesa más por venderle su medicamento que en su problema.						

0=nunca, 1=ráramente, 2=algunas veces, 3=seguido, 4=muy seguido.

OBSERVACIONES:

COD INTERV:

8.13. ANEXO. REPORTE DE PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN.

C. Inv.	C. Pac.	MEDICAMENTO INVOLUCRADO					COD PRM	Descripción del PRM	Acción realiz. por el Q.F.	C.I	C.C	Acp	Sol	DESCRIP	RNM
		DCI	FP	Dosis (mg)	Frec Dosis (día)	Días TTo									
5	1	Losartán	Tab	50	2	C	1	El paciente no toma sus medicamentos en las dosis indicadas por el médico.	Intervenir en la educación del paciente sobre importancia de su tratamiento en la dosis correcta para el control de su enfermedad.	7	1	1	1		1
5	1	Metoclopramida	Tab	10	1	E	11	El paciente presenta náuseas y vómitos.	Suspender el uso de la metoclopramida y recomendar al paciente que visite al médico por los signos y síntoma que presenta, para un diagnóstico y un adecuado tratamiento.	5	1	0	1		2
5	1	Hidroclorotiazida	Tab	25	1	C	10	Interacciona con el naproxeno sódico (Disminución de la eficacia diurética y antihipertensiva, debida a una posible reducción en la producción renal de prostaglandinas.	Se escribirá al médico una carta a través del paciente en donde se le indicara que el paciente está utilizando dos INES (diclofenaco y paracetamol), para un dolor crónico y que existe una interacción negativa con los IECAS, se le sugiere que sustituya los medicamentos o que los retire.	6	4	1	1		3
5	1	Todos	Tab				9	El paciente no toma los medicamentos según el test de morisky.	Hacer conocer al paciente la importancia del cumplimiento adecuado de su tratamiento.	7	1	1	1		1
5	2	Enalapril	Tab	10	2	C	9	El paciente no toma los medicamentos según el test de morisky.	Intervenir sobre la educación al paciente en el uso de los medicamentos y la importancia de su tratamiento.	7	1	1	1		1
5	2	Enalapril	Tab	10	2	C	10	Interacciona con el paracetamol y diclofenaco.	Se escribirá al médico una carta a través del paciente en donde se le indicara que el paciente está utilizando dos AINES(diclofenaco y paracetamol), para un dolor crónico y que existe una interacción negativa con los IECAS , se le sugiere que sustituya los medicamentos o que los refiere.	6	4	1	1		3

C. Inv.	C. Pac.	MEDICAMENTO INVOLUCRADO					COD PRM	Descripción del PRM	Acción realiz. por el Q.F.	C.I	C.C	Acp	Sol	DESCRIP	RNM
		DCI	FP	Dosis (mg)	Frec Dosis (día)	Días TTo									
5	3	Enalapril	Tab	10	2	C	9	El paciente no toma los medicamentos según el test de morisky.	Dar a conocer al paciente la importancia del cumplimiento de su tratamiento y colocarle una alarma en su celular para que le avise la hora que debe de tomar sus medicamentos y así evitar que el paciente incumpla con su tratamiento.	7	1	1	1		1
5	3	Naproxeno	Tab	275	3	E	11	El paciente presenta dolor de espalda.	Retirar el naproxeno, y se le indica al paciente que visite a su médico para una evaluación correcta y así se le pueda prescribir el medicamento específico para su enfermedad.	5	1	1	1		2
5	3	Enalapril	Tab	10	2	C	10	Interacciona con el naproxenosódico.	Sustituir un medicamento, por otro fármaco de diferente P.A. e indicarle que vaya al médico para un tratamiento adecuado, así evitar la interacción y la automedicación.	6	1	1	1		3
5	4	Enalapril	Tab	10	2	C	10	Interacciona con el diclofenaco.	Se escribirá al médico una carta a través del paciente en donde se le indicara que el paciente está utilizando antiinflamatorios (AINES), para el dolor y que existe una interacción negativa con los antihipertensivos, se le sugiere que modifique el intervalo de dosificación.	3	4	1	1		3
5	4	Todos	Tab				3	El paciente guarda sus medicamentos en una bolsa plástica en la cocina en el cajón de su mesa.	Recomendar al paciente que guarde orden y guarde sus medicamentos en una cajita con su identificaron respectiva y conservar fuera de la cocina con las medidas higiénicas respectivas.	9	1	1	1		1
5	4	Todos	Tab				9	El paciente no toma los medicamentos según el test de morisky.	Intervenir sobre la educación del paciente, así evitar que el paciente siga incumpliendo de manera voluntaria su tratamiento, indicando sus precauciones, complicaciones que puede acarrear sino toma sus medicamentos a la hora indicada.	7	1	0	0	El paciente sufre depresión y por este problema se olvida de la toma de su medicación.	1

C. Inv.	C. Pac.	MEDICAMENTO INVOLUCRADO					COD PRM	Descripción del PRM	Acción realiz. por el Q.F.	C.I	C.C	Acp	Sol	DESCRIP	RNM
		DCI	FP	Dosis (mg)	Frec Dosis (día)	Días TTo									
5	5	Hidroclorotiazida	Tab	25	1	C	10	Interacciona con el Paracetamol (Disminución de la eficacia diurética y antihipertensiva, debida a una posible reducción en la producción renal de prostaglandinas.	Se le enviara una carta al prescriptor a través del paciente y se le indicara que el paciente está tomando un analgésico (AINE) para su dolencia que presenta y existe una interacción negativa con los medicamentos antihipertensivos, se le sugiere sustituir el medicamento o modificar el intervalo de dosificación de este medicamento (paracetamol).	6	4	1	1		3
5	5	Todos	Tab				9	El paciente no toma los medicamentos según el test de morisky.	Hacer conocer al paciente la importancia de la adherencia a su tratamiento y llamar por teléfono todos los días al paciente y hacer recordar a la hora que debe de tomar su medicamento.	7	1	1	1		1
5	6	Sertralina	Tab	12.5	1	E	10	Interacciona con el alprazolam (incrementa el riesgo del deterioro psicomotor y sedación. Vigilar al paciente).	Se le enviara una carta al prescriptor a través del paciente y se le indicara que el paciente está tomando un antidepresivo y un ansiolítico y ambos medicamentos generan una interacción negativa, se le sugiere al médico que sustituya un medicamento o modifique la dosificación.	6	4	0	0	El paciente no toma sus medicamento por otro P.S.	3
5	6	Todos	Tab				9	El paciente no toma los medicamentos según el test de morisky.	Hacer conocer al paciente la importancia del cumplimiento adecuado de su tratamiento y su adherencia.	7	1	1	1		1
5	7	Enalapril	Tab	20	1	C	2	El paciente no toma conciencia de sus enfermedades.	Educar al paciente y hacer conocer la gravedad de su enfermedad, si el paciente no lleva un adecuado control y tratamiento de su enfermedad y así mejorar su calidad de vida.	9	1	1	1		1
5	7	Enalapril	Tab	20	1	C	9	El paciente no toma los medicamentos según el test de morisky.	Educar la paciente sobre la importancia de su tratamiento antihipertensivo y su uso adecuado de estos medicamentos (instrucciones, precauciones, etc.).	7	1	1	0	El paciente continúa incumpliendo su tratamiento.	1

C. Inv.	C. Pac.	MEDICAMENTO INVOLUCRADO					COD PRM	Descripción del PRM	Acción realiz. por el Q.F.	C.I	C.C	Acp	Sol	DESCRIP	RNM
		DCI	FP	Dosis (mg)	Frec Dosis (día)	Días TTo									
5	8	Enalapril	Tab	20	1	C	9	El paciente no toma los medicamentos según el test de morisky.	Brindar información al paciente sobre la importancia de la adherencia a su tratamiento.	7	1	1	1		1
5	8	Enalapril	Tab	20	1	C	12	La paciente presente tos seca después de tomar el enalapril.	Conversar con la paciente y sugerirle que visite a su médico y comunicarle los molestias que esta presentado al tomar sus medicamentos antihipertensivos y sea evaluado por su prescriptor para así pueda sustituir su medicamento y evitar las reacciones adverbs.	6	3	1	1		5
5	8	Todos	Tab				2	El paciente guarda sus medicamentos en una bolsa plástica.	Recomendar y ayudar al paciente ordenar y guardar sus medicamentos en una caja con su respectiva identificación y su utilidad de cada medicamento.	9	1	1	1		1
5	9	Captopril	Tab	25	2	C	9	El paciente no cumple con su tratamiento según el test de morisky.	Educar al paciente sobre la importancia del cumplimiento adecuado de su tratamiento y su correcta administración.	7	1	1	0	El paciente se olvida de su medicación por motivos laborales.	1
5	9	Captopril	Tab	25	2	C	12	Paciente presenta ardor de garganta y tos.	Conversar con la paciente y sugerirle que visite a su médico y comunicarle los molestias que esta presentado al tomar y sea evaluado por su prescripto para así pueda sustituir su medicamento y evitar las reacciones adversas.	6	3	0	1		5
5	10	Ibuprofeno	Tab	400	3	E	11	El paciente tiene un problema de salud mal tratado (dolor muscular)	Recomendar la paciente que visite al médico, para un posible diagnóstico y así evitar la automedicación.	9	1	1	1		2
5	10	Amlodipino	Tab	5	1	E	10	Interacciona con el ibuprofeno (riesgo de hemorragia GI y antagonizan el efecto hipotensor).	Retirar el medicamento (indicar al paciente que deje de tomar este medicamento y que vaya al médico).	5	1	1	1		3

C. Inv.	C. Pac.	MEDICAMENTO INVOLUCRADO					COD PRM	Descripción del PRM	Acción realiz. por el Q.F.	C.I	C.C	Acp	Sol	DESCRIP	RNM
		DCI	FP	Dosis (mg)	Frec Dosis (día)	Días TTo									
5	10	Todos					9	El paciente no toma los medicamentos según el test de morisky.	hacer conocer al paciente la importancia de su adherencia al tratamiento	7	1	1	1		1
5	11	Enalapril	Tab	10	2	C	12	Dolor y ardor de la garganta después de administrar el enalapril	Conversar con la paciente y sugerirle que visite a su médico y comunicarle los molestias que esta presentado al tomar sus medicamentos antihipertensivos y sea evaluado por su prescripto para así pueda sustituir su medicamento y evitar las reacciones adversa.	6	3	0	0	El doctor le explico al paciente que ese medicamento solía generarle ese tipo de reacciones.	5
5	11	Todos					3	El paciente guarda sus medicamentos en la cocina.	Recomendar al paciente que no guarde sus medicamentos en la cocina , ya que la alta temperatura que guarda este lugar pueden causar el deterioro de estos y educar al paciente sobre la medidas higiénicas que debe de tener en cuenta al momento de coger y guardar sus medicamentos y lugares adecuados de conservación del medicamento.	9	1	1	1		1
5	11	Todos					9	El paciente no cumple con su tratamiento de manera adecuada según el test de morisky.	Educar al paciente sobre la importancia de la adherencia a su tratamiento.	7	1	1	1		1
5	12	Enalapril	Tab	20	2	crónico	10	Interacciona con el paracetamol (antagoniza el efecto hipertensivo)	Se le enviara una carta al prescriptor a través del paciente y se le indicara que el paciente está tomando un analgésico (AINE) para su dolencia que presenta y existe una interacción negativa con los medicamentos antihipertensivos, se le sugiere sustituir el medicamento o modificar el intervalo de dosificación de este medicamento (paracetamol).	6	4	1	1		3

C. Inv.	C. Pac.	MEDICAMENTO INVOLUCRADO					COD PRM	Descripción del PRM	Acción realiz. por el Q.F.	C.I	C.C	Acp	Sol	DESCRIP	RNM
		DCI	FP	Dosis (mg)	Frec Dosis (día)	Días TTo									
5	12	Todos					3	El paciente guarda sus medicamentos en la vitrina de su tienda de abarrotes lugar donde el sol llega por completo y provoca el deterioro de sus medicamentos.	Recomendar al paciente que evite guardar sus medicamentos en su vitrina, ya que están muy expuestos al sol, lo cual puede provocar el deterioro este e informarle al paciente sobre la conservación adecuada de los medicamentos (lugares ideales para su conservación) y las medidas higiénicas que debe de tener en cuenta.	9	1	1	1		1
5	12	Todos	Tab				9	El paciente no toma los medicamentos según el test de morisky.	Hacerle conocer al paciente la importancia que tiene el cumplimiento adecuado de su tratamiento en el horario y tiempo indicado por el médico para el control de su enfermedad.	7	1	1	1		1
5	12	Enalapril	Tab	20	12	C									
5	12	Nimodipino	Tab	30	2	C									
5	12	Bromuro de ipatropio.	Inh	0.02	3	C									
5	12	Beclometasona	Inh	0.025	3	C									
5	12	Paracetamol	Tab	500	1	E									

8.14. ANEXO. FOTOS.

Figura N°05. Frontis del Centro de Yugoslavia, se Ubica en Av. Sauces S/N Nuevo Chimbote.

Ancash – Santa – Nuevo Chimbote



Figura N°06. Ejemplo de paciente en la firma de la hoja de consentimiento informado.



Figura N°07. Ejemplo del paciente en control de sus signos vitales y levantamiento de la información.



Figura N°08. Revisión, Limpieza de Medicamentos.



Figura N°09. Ejemplo de Ordenamiento y Conservación de los Medicamentos en el Botiquín.



8.15. ANEXO. MAPA DE UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO.

